



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

QUIRINO SALVADOR SANCA

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS) E A MEDICINA TRADICIONAL NA GUINÉ-BISSAU

PORTO ALEGRE

2021

QUIRINO SALVADOR SANCA

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS) E A MEDICINA TRADICIONAL NA GUINÉ-BISSAU

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof.^a Dra. Izabella Barison Matos

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades

PORTO ALEGRE

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Salvador Sanca, Quirino
SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS) E A MEDICINA
TRADICIONAL NA GUINÉ-BISSAU / Quirino Salvador Sanca.
-- 2021.
76 f.
Orientadora: Izabella Barison Matos.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2021.

1. Sistema de Saúde. 2. Medicina tradicional. 3.
Guiné-Bissau. I. Barison Matos, Izabella, orient. II.
Título.

QUIRINO SALVADOR SANCA

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE (SNS) E A MEDICINA TRADICIONAL NA GUINÉ-BISSAU

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado apresentada ao Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientadora: Prof.^a Dra. Izabella Barison Matos

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Saúde, Sociedade, Educação e Humanidades

Aprovado em: 14/04/2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a IZABELLA BARISON MATOS

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Orientadora) (PPGCol)

Prof.^a Dr.^a ALINE MARTINS BLAYA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol)

Prof.^o Dr. LINDOMAR WESSLER BONETI

Pontifícia Universidade Católica (PUC/PR)

Prof.^a Dr.^a VANDERLEIA LAODETE PULGA

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia. Sem ele eu não teria forças para essa longa caminhada. Ele que se mostrou Criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Ao meu tio Paulo Sanca, ao meu pai, Salvador Sanca, à minha mãe Olga Pereira Cofre, e aos meus irmãos, primos(as) e demais familiares.

A meus professores e aos meus colegas que me ajudaram na conclusão desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela vontade, poder, coragem e força manifestadas para que o sonho se tornasse uma realidade! Agradeço a Deus, pela saúde e força!

Talvez vinte e cinco páginas fossem suficientes para descrever a minha gratidão a todos que foram importantes nessa longa caminhada. Mas, por limites técnicos, não vou escrever mais do que duas páginas. Por isso, recebam esse agradecimento que representa somente cinco por cento daquilo que realmente merecem.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e toda sua equipe, agradeço o acolhimento, contribuições e incentivos que tornaram possível essa trajetória.

A todos(as) os(as) professores(as) do Programa, agradeço o empenho pessoal, dedicação, carinho e apoio, que me propiciaram adquirir mais ensinamentos e conhecimentos, os quais jamais esquecerei, mesmo estando longe deste querido país.

Imensa gratidão à minha orientadora professora Dr.^a Izabella Barison Matos, pela calorosa acolhida nesta empreitada e por acreditar em mim durante o processo de trabalho, pela orientação ética e cuidadosa, comigo e com meu trabalho, sempre presente e disposta a potencializar as linhas dessa dissertação. Seus ensinamentos foram fundamentais e serão sempre lembrados, assim como sua amizade, que será guardada para sempre no meu coração. Com ela cresci bastante em termos de conhecimento, que me servirá de suporte pelo resto da minha vida. Foi um grande prazer tê-la como “Orientadora”!

Aos professores da banca de qualificação: Dr.^a Aline Blaya Martins e Dr.^o Lindomar Wessler Boneti, que muito contribuíram para que o meu projeto de pesquisa pudesse se desenvolver, apontando novas possibilidades. À professora Dr.^a Vanderleia Laodete Pulga, que concordou em participar da avaliação final do trabalho.

Aos colegas que contribuíram diretamente para esse trabalho, com sua leitura atenta e agregadora: Tanise Medeiros e Álvaro Ribeiro.

Agradeço aos(às) queridos(as) colegas do PPGCol, pela convivência, amizade, alegria, aprendizagem, incentivo e por tornar momentos de dificuldade em momentos de alegria.

Aos meus pais, Salvador Sanca e Olga Pereira Cofre, e ao querido tio Paulo Sanca por sempre me ensinarem que a educação é uma das principais armas na luta contra as desigualdades. Se hoje tenho a oportunidade de concluir mais uma etapa dos meus estudos, em uma universidade pública, é pelo estímulo, esforços, dedicação e confiança que tiveram e ainda têm comigo. Obrigado por me apoiarem nos meus sonhos e objetivos, mesmo que isso tenha exigido tantos sacrifícios.

Tenho orgulho e gratidão pela oportunidade de fazer parte da história deste Programa de Pós-Graduação como aluno de mestrado. Sou grato por acreditarem nos meus sonhos e pelo apoio incondicional: sem vocês, eu nada seria!

À Valdemira Emília Sanca, especialmente para minha princesa Emilly Glória Sanca e Sanca, aos meus avós, irmãs, irmãos, primas, primos, tias e tios pelo amor, carinho, confiança e pela colaboração na elaboração deste estudo. Aos demais amigos, familiares e pessoas de meu convívio que me acolheram em momentos cruciais. Vocês fazem parte do que sou!

Aos meus colegas, que me acompanharam e fizeram parte da minha jornada acadêmica, pelo apoio, pelos momentos de diversão, alegria, e por todas as experiências e descobertas. Principalmente, por sempre me incentivarem a seguir em busca dos meus sonhos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) pela oportunidade que concedeu a mim e a tantos outros estudantes de acessarem o ensino superior (Biblioteconomia) e os programas de Pós-graduação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) disponíveis, de forma gratuita e com excelente qualidade.

Muito Obrigado!

“Para nós os grandes homens não são aqueles que resolveram os problemas, mas aqueles que os descobriram”.

(Albert Schweitzer)

RESUMO

Contexto: Numa perspectiva histórica são descritos os serviços e sistemas de saúde da Guiné-Bissau, destacando-se a persistência da medicina tradicional. Tendo conquistado sua independência de Portugal em 1973, o país apresenta legado de violências, carências e omissões do Estado que se reflete nas altas taxas de morbimortalidade, por doenças evitáveis, as quais denunciam o perfil epidemiológico da população e sua posição como um dos países mais pobres do mundo. Objetivo geral: Conhecer os sistemas e serviços de saúde da Guiné-Bissau e a presença da medicina tradicional. Metodologia: Estudo qualitativo, cujas fontes de pesquisa foram documentos (principalmente relatórios, cartilhas e outros materiais) de organizações globais/multilaterais/bilaterais e produções (artigos, livros, dissertações, teses, monografias) que trataram dos temas em pauta; tendo contemplado narrativas do autor e análises baseadas na perspectiva da hermenêutica-dialética. Resultados e discussão: O contexto estudado apresenta fragilidades e potencialidades, cujos pontos fracos são: 1) Os relativos ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e demais serviços, caracterizados por forte dependência financeira de parcerias internacionais; 2) O Estado não é provedor de condições mínimas de cidadania – direito à saúde, à educação, ao saneamento básico e à habitação; 3) A ausência de serviços de saúde pública ou precariedade da infraestrutura; além das barreiras de acesso (distância geográfica e linguística). Por outro lado, as potencialidades identificadas são: 1) A medicina tradicional praticada persistentemente por grande parte da população, destacando a ação de curandeiros – os djambacós; 2) A intensa atuação de organizações globais/multilaterais/bilaterais e profissionais que prestam assistência à população ou financiam ações; 3) Os temas “Política e Sistema de saúde” e “Medicina tradicional” – apontados como prioridade nacional na agenda de pesquisa e por parte de organizações globais. Considerações finais: A persistência, no tempo, das práticas terapêuticas da medicina tradicional, para além de suprirem lacunas assistenciais do SNS – e de serviços de saúde oferecidos por outras organizações/instituições – pode ser explicada pela cosmovisão da população sobre a tríade doença-saúde-cuidado que é mais próxima daquela dos djambacós e outros agentes da cura; diferentemente da abordagem dos profissionais de saúde da medicina oficial, que são formados numa lógica biomédica.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Medicina tradicional. Guiné-Bissau.

ABSTRACT

Context: From a historical perspective, the health services and systems of Guinea-Bissau are described, highlighting the persistence of traditional medicine. Having gained its independence from Portugal in 1973, the country has a legacy of violence, needs and omissions of the state that are reflected in the high rates of morbidity and mortality, by preventable diseases, which denounce the epidemiological profile of the population and its position as one of the poorest countries in the world. General objective: to know the health systems and services of Guinea-Bissau and the presence of traditional medicine. Methodology: qualitative study, whose research sources were documents (mainly reports, booklets and other materials) of global/multilateral/bilateral organizations and productions (articles, books, dissertations, theses, monographs) that dealt with the topics on the agenda; also contemplated the author's narratives; the analyses took place from the perspective of hermeneutics-dialectics. Results and discussion: the context studied presents weaknesses and potentialities, the weaknesses are: 1. Those related to the National Health System (SNS) and other services, characterizing strong financial dependence on international partnerships; 2. The State is not a provider of minimum conditions of citizenship – the right to health, education, basic sanitation and housing; 3. the absence of public health services or infrastructure precariousness; barriers (geographical and linguistic distance). On the other hand, the identified potentialities are: 1. Traditional medicine persistently practiced by a large part of the population, highlighting the action of healers, djambacós; 2. The intense action of global/multilateral/blaterais and confessional organizations that provide assistance to the population or finance actions; 3. The themes "health policy and system" and "traditional medicine" appointed as a national priority in the research agenda and by global organizations. Final considerations: the persistence, in time, of the therapeutic practices of traditional medicine, in addition to filling health gaps in the NHS - and health services offered by other organizations/institutions - can be explained by the population's worldview on disease-health-care that is closer to that of the djambacós and other healing agents; differently from the approach of health professionals of official medicine, who are trained in a biomedical logic.

Keywords: Health System. Traditional medicine. Guinea-Bissau.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes dos sistemas de saúde e sua descrição _____	24
Quadro 2 - Funções dos sistemas de saúde e sua descrição _____	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização da Guiné-Bissau _____	35
Figura 2 - Políticas, Planos, Programas e Projetos de Saúde da Guiné-Bissau, desde 1993 _	48
Figura 3 – Pirâmide Sanitária da Saúde Pública da Guiné-Bissau _____	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AS	Áreas de Saúde
AGS	Agentes de Saúde Comunitária
APS	Atenção Primária em Saúde
BAD	Banco Africano de Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CE	Centro de Saúde
CEDEAO	Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental
CMI	Centro Materno-Infantil
CRN	Centro de Reabilitação Nacional
CSM	Centro de Saúde Mental
CTA	Centros de Tratamento Ambulatorial
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa
CFA	Chartered Financial Analyst
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DGSPDS	Direções Gerais, de Serviços, de Programas de Departamentos
EGI	Estratégia de Gestão Integrada
EM	Escola Medicina
ENSTT	Escola Nacional Superior Tchico Té
ENS	Escola Nacional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FD	Faculdade Direito
FMI	Fundo Monetário Internacional
FU	Fundo Global
GB	Guiné-Bissau
GP	Guiné-Portuguesa
HC	Hospital de Cumura
HM	Hospital Militar

HNSM	Hospital Nacional Simão Mendes
HRF	Hospital Raul Flollereau
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IES	Instituições de Ensino Superior
IMT	Instituto de Medicina Tradicional
INASA	Instituto Nacional de Saúde
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LNSP	Laboratório Nacional de Saúde Pública
MADEM-G15	Movimento para a Alternância Democrática
MINSAP	Ministério da Saúde Pública Guiné-Bissau
MEC	Ministério da Educação e Ciência
MCCI	Movimento do Cidadão Consciente e Inconformado
MGF-E	Mutilação Genital Feminina/Excisão
MSP	Ministério de Saúde Pública
MSF	Médicos Sem Fronteiras
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMSF	Organização dos Médicos Sem Fronteiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OSC	Organização da Sociedade Civil
PAIGC	Partido Africano para a Independência da Guiné e Cabo Verde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PANUD	Plano de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PEC-G	Programa de Estudante-Convênio de Graduação
PIB	Produto Interno Bruto
PCNU	Programa Conjunto das Nações Unidas
PPGCOI	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PNS	Política Nacional de Saúde

PNDS I	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário I
PNDS II	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II
PNDS III	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III
PNLCS	Plano Nacional de Luta Contra Sida
PNRHS	Plano Nacional de Recursos Humanos em Saúde
PSB	Projeto Saúde de Bandim
PRS	Partido da Renovação Social
RGB	República da Guiné-Bissau
SBA	Setor Autônomo de Bissau
SMNI	Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SNU	Sistema das Nações Unidas
UA	União Africana
UAC	Universidade Amilcar Cabral
UEMOA	União Económica Monetária Oeste Africana
UCB	Universidade Colinas de Boé
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USC	Unidades de Saúde Comunitárias
UM	União Europeia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 MARCO TEÓRICO	23
2.1 Conceito, componentes e funções dos sistemas de saúde.....	23
2.2 Epidemiologia – Perfil epidemiológico da população	26
2.3 A saúde numa visão ampliada: a medicina oficial e a medicina tradicional.....	27
2.4 Ajuda humanitária e ações de organismos multilaterais, bilaterais e ONGs.....	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	33
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
4.1 A Guiné-Bissau, seu contexto e o direito à saúde.....	35
4.2.1 Dos anos 2020 à promulgação da Constituição de 1996	46
4.2.2 Da década de 1980 à independência em 1973	53
4.2.3 Do período anterior à colonização e o colonial	56
5 A MEDICINA TRADICIONAL: PRÁTICAS CURATIVAS PERSISTENTES NO PAÍS.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

Como grande parte dos países do continente africano, o governo da Guiné-Bissau apresenta fragilidades tanto em “mecanismos organizacionais como de decisão política” (CONSTANTINI *et al.*, 2018, p.11). Somente “no século XX, o Estado passa a criar políticas públicas de bem-estar social e de inclusão” (BARROS *et al.*, 2018, p.4). Neste estudo apresenta-se, numa perspectiva histórica, os serviços e sistemas de saúde da Guiné-Bissau e assinala-se a persistência de práticas terapêuticas, caracterizadas pela literatura como pertencentes à medicina tradicional (D’ALVA, 2004; DJICÓ, 2005; SILVA, 2014; PEREIRA, 2015; TURÉ, 2017; CARAPINHEIRO, 2018). Também é descrito o contexto político, social, econômico e cultural do país, além de aspectos sobre o direito à saúde.

Os guineenses enfrentam diversos problemas na saúde pública, pois o Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado a partir da Constituição da República, em 1996, não atende de forma satisfatória o perfil epidemiológico¹ da população (GUERREIRO *et al.*, 2017; EMBALÓ & ROUPERTE, 2018). O SNS é formado pelos setores público, privado, convencionado² e o da medicina tradicional (SALLA *et al.*, 2019; GUERREIRO *et al.*, 2017, p.555).

Nas palavras de Pereira (2015, p.48), o SNS tem um sistema público “muito deficitário e um serviço privado reduzido” e, em relação às instituições confessionais, que fazem parte do que se denominou setor convencionado da saúde, “apesar das dificuldades, ainda vão mantendo alguma qualidade”. Já o setor da medicina tradicional caracteriza-se por práticas curativas, de cultura ancestral, considerada a “primeira linha de cuidados médicos” (SALLA *et al.*, 2019, p.288), à qual cerca de 80% da população recorre (CARITAS, s.d), quando precisa de cuidados de saúde; tendo os curandeiros – denominados de djambacós/jambacus – como agentes da cura.

O país não possui infraestrutura adequada, há baixa oferta de serviços públicos e número insuficiente de profissionais de saúde (UN, 2020). É, principalmente, neste contexto que organizações globais/organismos multilaterais, bilaterais, confessionais e Organizações

¹ Estudo identificador do quadro geral de saúde de uma determinada população, considerando seus hábitos de vida, as doenças prévias, taxas de morbidade e de mortalidade, dentre outros.

² Refere-se à parcerias, com instituições confessionais ou outras, em que ocorreram comodatos de infraestrutura, profissionais de saúde ou recursos tecnológicos (GUERREIRO *et al.*, 2017; SALLA *et al.*, 2019).

Não Governamentais (ONG) são responsáveis pelo financiamento e oferta de serviços de saúde, educação e saneamento (BARROS, 2012; SILVA, 2016). Nessa área há falta de investimentos governamentais, desse modo organismos como agências internacionais e instituições locais são responsáveis por injetarem recursos financeiros de mais de 90% do orçamento nacional da saúde (GUERREIRO *et al.*, 2019; UNIOGIBS, 2017).

Em 2014 de tudo que o país recebeu, um total de “86,5% [foram] de donativos internacionais” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.288) da Organização das Nações Unidas (ONU), União Europeia (EU), Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI)”. Os autores citados informam que os sete maiores parceiros de desenvolvimento do país são a União Europeia (EU), o sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), o Banco Mundial (BM), o Fundo Global (FG), o Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), Portugal e Espanha. Além disso, o país também conta com a atuação de cerca de 20 ONGs por meio de ajuda humanitária, caracterizada como privada (GUERREIRO *et al.*, 2019).

Na classificação do *ranking* mundial de países, a República da Guiné-Bissau (RGB) ocupa atualmente a 178.^a posição, entre 188 países (UN, 2020). Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2015, era de 0,424 (UNIOGIBS, 2017); que é inferior à média dos países do continente africano na faixa de 0,523. Com população estimada em 1.888 milhões de habitantes (LIMA, 2018), cerca de 60% deles vivem nas áreas rurais e 86% da população urbana está concentrada em 4 cidades: Bissau (capital), Bafata, Gabu e Canchungo. Vivem em situação de pobreza absoluta 69,3% desses habitantes, cujo rendimento é inferior a 2 dólares por dia³ (GUERREIRO *et al.*, 2017; GUINÉ-BISSAU, 2010). País com crescimento lento (NAMONE & TIMBANE, 2017) é o 17.^o mais frágil do mundo dentre 178 países com essa condição, sendo que tal fragilidade pode ser entendida a partir de duas características: a falta de “vontade do governo e capacidade e eficácia para prestar serviços básicos e segurança” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.2).

Tendo conquistado a independência de Portugal, em 1973, é um país conhecido mundialmente pela constante instabilidade política, que perdura até os tempos atuais; pela violência sob diferentes formas; pela pobreza de grande parte da população; pela omissão do Estado e pela dependência de ajuda internacional para suprir demandas da população

³ Que corresponde, na cotação de abril de 2021, a R\$ 11,42.

guineense (SALLA *et al.*, 2019; UN, 2020). O legado da condição de colônia se reflete não só nas tensões no campo político, econômico e na “degradação das infraestruturas” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.2); impacta “negativamente na vida social [...] e têm auxiliado a vilipendiar e a ofuscar o anseio de esperança da sociedade guineense” (BARROS *et al.*, 2018).

Essa república “crioula e lusófona” (UN, 2020, p.10) apresenta estrutura social heterogênea: há mais de vinte grupos étnicos (BARROS *et al.*, 2012; SILVA, 2016), sendo 85% da população representada por cinco deles, cada um com sua própria língua. O português é a língua oficial praticada em espaços públicos (escolas, saúde, por exemplo), contudo, majoritariamente, a língua utilizada para comunicação é o crioulo (DJICÓ, 2005; NAMONE & TIMBANE, 2017).

Na economia, a Guiné-Bissau destaca-se pela exportação de pescados processados que, juntamente com produtos agrícolas (principalmente a castanha de caju e o arroz), correspondem a 60% das receitas anuais do país (UN, 2020). No entanto, a estrutura produtiva pouco diversificada e a baixa exportação contribuem para o agravamento da dívida pública e desequilibram a balança comercial (DJICÓ, 2005; CATEIA *et al.*, 2019).

Voltando à saúde, diferentes organismos internacionais e a literatura consultada sobre a Guiné-Bissau (ambos citados neste trabalho), têm destacado áreas prioritárias de atuação e de pesquisa, dentre elas: o sistema de saúde do país; as doenças transmissíveis e não transmissíveis; determinantes da saúde; reforço das capacidades de pesquisa; medicina tradicional; financiamento da saúde; recursos humanos; saúde mental; saúde dos adolescentes, adultos e pessoas idosas (CÁ, 2013; UN, 2020). Também é importante registrar a existência de um número pouco expressivo de estudos sobre esses temas e a necessidade de produção de conhecimento para os devidos enfrentamentos na área de saúde pública.

Diante do contexto, brevemente esboçado nos parágrafos anteriores, e considerando a literatura, as fontes documentais e a experiência pessoal deste pesquisador, a problematização do tema pode ser delimitada da seguinte forma: desde antes da colonização portuguesa ocorre o apelo da população guineense à medicina tradicional, caracterizada pelo uso de chás, ervas e outros produtos, e mediada pelos curandeiros/*djambacós*, cuja atuação mantém-se até hoje. Assim, como entender a persistência no tempo de tais práticas terapêuticas apesar da existência de serviços dispensados tanto pelo governo da Guiné-Bissau, quanto por organismos globais e instituições leigas e profissionais?

O objetivo geral foi conhecer os sistemas e serviços de saúde da Guiné-Bissau e confirmar a presença da medicina tradicional ao longo do tempo. Como objetivos específicos, o projeto de pesquisa elencou: descrever o país e a sua posição econômica e política no mundo; levantar as características: social, econômica e cultural da população; descrever dados sobre morbidade e mortalidade populacional; descrever os sistemas e serviços de saúde da Guiné-Bissau; identificar a presença da medicina tradicional; levantar a atuação público-privada e de organizações internacionais; e abordar o direito à saúde da população.

Justifica-se o interesse pelo tema e a proposição do estudo em função das experiências obtidas durante as duas décadas em que morei na Guiné-Bissau, vivências que serão abordadas em alguns momentos. Elas revelam uma visão de quem viveu num país que não acolhe direitos humanos, que não cuida do seu povo e que torna o viver um desafio cotidiano – ou melhor, é um país onde sobreviver é um feito. Essa história é um pouco a da Guiné-Bissau: conflitos, embates e tentativas de superação; de modo que a relação com a saúde é muito do que se experienciou com a própria família.

Por ter vivido 22 anos – entre 1988 e 2010 –, naquele país africano, pertencendo à etnia minoritária mancanha (Bramas), entendo que é necessário dar mais valor às práticas terapêuticas tradicionais, porque elas fazem parte da vida dos guineenses, de sua cosmovisão da tríade saúde-doença-cuidado. Digo isto a partir da própria trajetória familiar e das relações com as “duas medicinas”: a oficial, por meio de uma tia, que era enfermeira; e a tradicional, pelos vidrinhos com ervas feitos por meu pai. Neste momento, entendo que é preciso fazer um relato pessoal, a fim de contar um pouco de minha história, que se confunde com a do país e de seus diferentes enredos, dificuldades e privações.

Meu pai, Salvador Sanca (ex-militar), lutou durante onze anos pela independência da Guiné-Bissau. Em função dos conflitos pós-independência, ele teve que partir para o sul do país, pois seu nome fazia parte da lista de pessoas a serem executadas pelo partido que se encontrava no poder. Assim, com a ajuda de um amigo (Don Settimio Arturo Ferrazzetta, primeiro bispo da diocese de Bissau), foi embora para uma propriedade rural, no sul do país.

Com o passar do tempo, ele conheceu minha mãe – Olga Pereira Cofre – e tiveram uma filha. Eu nasci alguns anos depois, mas como minha mãe não conseguia me amamentar, fui morar em Bissorã, ao norte da Guiné-Bissau, com meu tio, Paulo Sanca. Ele era diretor geral de um projeto dinamarquês denominado: “Ajuda de Desenvolvimento de Povo para

Povo” (ADPP), e foi meu pai de criação. A esposa dele, Filomena Correia Sanca, era enfermeira e trabalhava no Hospital de Bissorã. Matriculado na Educação Infantil, segui os estudos até o ensino médio com meu tio sempre me incentivando e dando presentes quando havia bom desempenho, o que fazia com que eu me empenhasse cada vez mais.

Eles tiveram três filhos: Mario, Filomeno e Victória porém, no final da quarta gravidez de gêmeos, ela faleceu. Eu presenciei tudo, pois estava com ela quando passou mal e busquei a ajuda de vizinhos. Infelizmente, mesmo tendo vindo o médico do Hospital que ela trabalhava não foi possível salvá-los. Passado algum tempo, meu tio foi levado para a Dinamarca, uma vez que, sem ajuda, não conseguia superar o luto.

Na sequência, fui morar em Bissau, no bairro de Cuntum, com uma tia – Cecília Lopes Mendonça – até o tio Paulo voltar da Dinamarca; com a sua volta, anos depois, fui morar com ele no bairro de Missira. Mais tarde, ele se casou com Rosa: tiveram um filho que nasceu com problema de saúde e acabou falecendo; após isso tiveram um segundo filho, que viria a construir uma casa para nós no bairro São Paulo, também em Bissau. Contudo, a esposa do meu tio me hostilizava, de modo que não fui morar com eles – mas nunca lhe contei o motivo, pois não queria provocar desavenças. Fui morar, então, com um amigo: Jourdan Mutar. Essa foi uma decisão bem difícil, visto ficar distante da pessoa que cuidou de mim desde pequeno, mas todo final de semana eu visitava meu tio e sua família.

Durante todos os anos que morei com o meu tio, passávamos as férias na ponta (propriedade rural) de meu pai, na região de Quinara. O meu pai era adepto do uso de plantas medicinais e colocava ervas e plantas em garrafinhas com água (que deixava ao sol) para diferentes sintomas. Por exemplo: quando alguém tinha febre, ele pegava uma colher e dava uma dose do composto para a pessoa.

Em 2006-2007 fui matriculado pelo meu tio na Universidade Lusófona Amílcar Cabral (ULAC), onde cursei até o 3.º ano de Economia; ocasião em que fui contemplado com uma vaga em Biblioteconomia no Brasil. Isto se deu por meio do Programa de Estudante – Convênio de Graduação (PEC-G), vigente de 2010 a 2016; fruto do acordo entre o governo da Guiné-Bissau e o Brasil⁴ – o que me possibilitou cursar Biblioteconomia na UFRGS e permanecer no país, a fim de continuar meus estudos.

⁴Foi criado em 1964 para oferecer vagas de graduação em Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras a estudantes de países em desenvolvimento com os quais o Brasil mantém acordo de cooperação educacional,

No começo, eu não gostava do curso; com o tempo, percebi que era muito bom e que a Guiné-Bissau está precisando muito dos profissionais bibliotecários, assim, acatei a orientação da minha monitora e concluí a graduação.

O interesse pelo curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) surgiu por influência da memória que tinha da primeira esposa de meu tio, que era enfermeira. Lembro que ela sempre gostava de ajudar e cuidar de pessoas: era sempre chamada para socorrer os vizinhos quando o problema envolvia questões de saúde, principalmente no período noturno; prestava cuidados de urgência e fazia curativos.

Diante do exposto, como mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)⁵, entendo ser relevante estudar o tema proposto.

Desta forma, será possível contribuir com a construção de conhecimento num tema que é prioridade para meu país. Registre-se a perspectiva do PPGCol ao considerar o compartilhamento de experiências e de práticas de políticas públicas que, no caso, se dá com a possibilidade de abordar a Guiné-Bissau. O PPGCol, ao lançar editais para estudantes estrangeiros, parte de premissas de solidariedade e reciprocidade, bem como de respeito à heterogeneidade, destacadas por Leal e Moraes (2018), ao referirem-se à internacionalização da educação superior.

Essa dissertação está estruturada da seguinte forma: após essa breve introdução (capítulo 1) abordando o tema – problematizando-o –, serão apresentados o marco teórico com conceitos da literatura (perfil epidemiológico, sistemas de saúde, medicina tradicional, ajuda humanitária) e os dados de documentos (relatórios de organizações e instituições) – capítulo 2; logo após será descrito o processo metodológico que orientou o trabalho (capítulo 3). Na sequência (capítulo 4), serão apresentados os resultados e as discussões, divididos em três momentos: contextualização da Guiné-Bissau em termos políticos, culturais, sociais, econômicos e do direito à saúde (4.1); e descrição dos sistemas e serviços de saúde numa retrospectiva histórica – dos dias atuais ao tempo anterior à colonização. O

cultural ou científico-tecnológica. Ao longo da última década, houve em torno de 6.000 selecionados no Programa. A África é o continente de origem da maior parte dos estudantes, com destaque para Cabo Verde, Guiné-Bissau e Angola. Anualmente, ingressam no Programa cerca de 400 estudantes. Além de cooperar para a formação de profissionais de países em desenvolvimento, o PEC-G contribui para a internacionalização e diversificação do cenário acadêmico brasileiro (BRASIL, 2005).

⁵ Vaga conquistada por meio da seleção prevista no Edital n.º 002/2019 PPGCol-UFRGS.

capítulo 5 é destinado à medicina tradicional como prática persistente no país e suas características, que lhe conferem legitimidade social, a partir da ancestralidade e cosmovisão da tríade doença-saúde-cuidado. O capítulo seguinte (6) é dedicado às considerações finais e, na sequência, demonstram-se as referências utilizadas.

2 MARCO TEÓRICO

Nesse capítulo serão apresentados alguns conceitos básicos, que foram sistematizados e estruturados para dar sentido à construção dos próximos capítulos dessa dissertação. O marco teórico, como uma bússola, orientou a pesquisa e, previamente, trouxe algumas respostas, direcionando o trabalho. Inicialmente serão abordados o conceito, os componentes e as funções dos sistemas de saúde; após isso, a epidemiologia / o perfil epidemiológico da população, além da saúde numa visão ampliada, que considera a oferta de diferentes serviços de cura como um campo que contempla a medicina oficial e a medicina tradicional. Por fim, alguns aspectos sobre ajuda humanitária de organismos multilaterais, bilaterais e organizações não governamentais em países pobres e frágeis.

2.1 Conceito, componentes e funções dos sistemas de saúde

Lobato e Giovanella (2012, p.89), ao estudarem os sistemas de saúde, como se apresentam na atualidade, vão dizer que contemplam estruturas públicas e privadas de atenção à saúde da população, definindo-os como:

[...] o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalente na sociedade.

Cabe aos sistemas de saúde apresentarem soluções aos problemas de saúde das pessoas/população; assim, ao serem tema de estudos, é possível conhecer sua estrutura,

seu financiamento, seu tipo; saber se há regulamentação, como se dá a relação entre público e privado, por exemplo.

Os componentes de um sistema de saúde são: cobertura, financiamento, trabalhadores, rede de serviços, insumos, tecnologia e conhecimento, e organizações; resumidamente demonstrados no quadro a seguir.

Quadro 1 - Componentes dos sistemas de saúde e sua descrição

COMPONENTES	DESCRIÇÃO
Cobertura populacional	Catálogo de serviços ofertados à população coberta pelo sistema
Financiamento	Recursos financeiros direcionados à saúde que sustentam o sistema
Trabalhadores	Técnicos e profissionais que executam atividades nas diferentes organizações/instituições
Rede de serviços	Serviços individuais e coletivos de atenção à saúde
Insumos	Equipamentos, medicamentos, suprimentos para exames diagnósticos
Tecnologia e conhecimento	Complexo médico-industrial de saúde: conhecimento e produção de medicamentos, vacinas, equipamentos, reagentes e hemoderivados
Organizações	Instituições/empresas/organismos encarregados da regulação, gestão e administração do sistema de saúde

Fonte: Adaptado de Lobato e Giovanella (2012, p.114).

Já as funções dos sistemas de saúde são: alocação de recursos, gestão, regulação e prestação de serviços, conforme observa-se no quadro a seguir.

Quadro 2 - Funções dos sistemas de saúde e sua descrição

COMPONENTES	DESCRIÇÃO
Alocação de recursos	Como são distribuídos os recursos financeiros: critérios e mecanismos adotados
Prestação de serviços	Modelos de atenção: modalidades de serviços e sua organização
Gestão	Elaboração de políticas, planos, programas e ações; contratação de serviços; organização da prestação de serviços, controle e avaliação
Regulação	Arcabouço normativo-legal de gestão do sistema: regulação dos prestadores, regulação sanitária e dos mercados de saúde

Fonte: Adaptado de Lobato e Giovanella (2012, p.114).

Tais componentes – e como eles se relacionam – vão dizer qual a dinâmica de um determinado sistema que apresenta relação intrínseca com “características históricas, econômicas, políticas e culturais de cada país” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.90); as quais lhe conferem complexidade e dinamicidade. Os serviços de saúde, como uma das partes do sistema de saúde, são o “conjunto de organizações responsáveis pelas ações e pelos serviços dirigidos à prevenção, à recuperação, e à promoção à saúde de uma dada população” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.101). Neste sentido, torna-se importante saber qual o impacto de tais ações e serviços perante a saúde da população atendida.

A construção de um sistema de saúde se dá pela sociedade, a partir da sua história, e está condicionada “por lutas políticas, por movimentos sociais fortalecidos e sustentados em valores de solidariedade e justiça social” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.115). No entanto, não se deve desconsiderar que, nas últimas décadas, identifica-se certa “perda da prioridade e da essencialidade da saúde como direito da população e dever do Estado” (MACHADO e XIMENES-NETO, 2018, p.1978), em que pesem lutas e movimentos sociais pelo mundo.

Enfim, ao caracterizar o sistema de saúde é preciso saber sobre a sua institucionalidade: se é público, se apresenta princípios de universalidade na cobertura, como se dá o seu financiamento (Estado e parcerias) e quais as bases de arrecadação, como se articula com o sistema privado e outros, bem como a natureza das parcerias estabelecidas. Nesta direção, para uma boa avaliação dos serviços de saúde prestados à população (públicos, privados, conveniados) deve-se considerar se apresentam como indicadores do desempenho: efetividade, eficiência, acesso, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança, além de respeito aos direitos (VIACAVA *et al.*, 2012).

Alguns autores, ao analisarem indicadores que conformam os sistemas de saúde, vão afirmar que esses indicadores deveriam ser “capazes de garantir o atendimento às necessidades de saúde, decorrentes, em grande parte, de determinantes sociais, políticos e econômicos” (VIACAVA *et al.*, 2012, p.923).

2.2 Epidemiologia – Perfil epidemiológico da população

A epidemiologia é o estudo da “distribuição da doença/saúde” (MENEGHEL, 2008, p.26), focada nos determinantes de saúde das populações e, nesta perspectiva, é analítica; isto porque investiga os motivos de algo estar acontecendo daquela maneira e naquele tempo. Caracteriza-se como descritiva ao buscar responder a três perguntas: quem adoece? Quando adoece? E, onde a doença ocorre?

Os determinantes de saúde (ambientais, socioeconômicos, demográficos, comportamentais e biológicos) e das condições de saúde da população (morbidade, mortalidade, estado funcional e bem-estar) modelam os sistemas de saúde. O perfil epidemiológico é o conjunto de condições que determinam um padrão de mortalidade e de morbidade, o qual “assume características distintas, conforme o modo com que cada grupo se insere no processo produtivo” (MENEGHEL, 2008, p.30). Nesta concepção, as pessoas ficam doentes ou apresentam certas doenças pelo fato de serem pobres ou ricas.

A autora citada anteriormente afirma que a epidemiologia firma-se como um valioso instrumento de denúncia das desigualdades e das iniquidades no mundo, pelo fato de caracterizar a distribuição das doenças nas populações e, com estes dados, poder investigar as possíveis causas destas doenças, inclusive, de outros problemas de saúde.

Carvalho & Buss (2012, p.140), citando determinações da OMS (2011), informam que, no contexto do enfrentamento das desigualdades e da promoção da equidade social em saúde, “a ação sobre os determinantes sociais da saúde deve ser adaptada aos contextos nacionais e subnacionais de cada país e região para que sejam levados em consideração os diferentes sistemas sociais, culturais e econômicos”.

Nessa direção, pode-se falar sobre doenças emergentes e reemergentes, ou sobre o retorno de velhos males, visto que apesar do avanço no controle de doenças transmissíveis – e no conhecimento acerca delas – ainda constituem uma causa importante de mortes em países pobres como os da África subsaariana, a exemplo da Guiné-Bissau. Neste país há prevalência elevada de doenças que poderiam ser evitadas, tais como: a de veiculação hídrica e decorrente de ausência de saneamento básico (diarreia), as doenças transmissíveis (HIV-AIDS) ou as causadas por agente infeccioso (malária).

Tal situação remete o desafio para os sistemas de saúde que precisam “lidar com a saúde em seu sentido ampliado [...] não só como prevenção individual e cura de doenças, mas reconhecendo as relações da saúde com as condições sociais e atuando nas ‘causas das causas’” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.117).

2.3 A saúde numa visão ampliada: a medicina oficial e a medicina tradicional

A saúde não é apenas uma manifestação do sistema biológico das pessoas, que reage ao ambiente: é uma construção social e coletiva, por isso, as formas como se organizam as sociedades, bem como suas condições de vida e de trabalho são determinantes para a saúde de toda a população. “Quanto mais desiguais forem estas condições, mais desiguais e piores serão os resultados em saúde” (LOBATO e GIOVANELLA, 2012, p.117).

Se a saúde resulta de um conjunto de condições sociais – alimentação, trabalho, renda, habitação, transporte, lazer, liberdade, acesso à educação e aos serviços e saúde – como preconizava a 8.^a Conferência Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 1986), passa-se a pensá-la como processo. Quer dizer, saúde como processo “significa abandonar a concepção de saúde como atributo – de ter ou não ter saúde – [...] que é modulada pelas condições políticas-culturais e resultante de condições socioeconômicas” (MENEHHEL, 2008, p.21).

Nessa ótica, pode-se afirmar que reflexões atuais sobre a concepção de doença-saúde e cura têm incluído “a dimensão espiritual, que esteve muito tempo alijada do pensamento científico ocidental, cartesiano, materialista e racional.” (MENEZES, 2008, p.21). Luz (2008, p.9), ao referir-se ao paradigma universal, vai reconhecer

[...] a incontestável hegemonia do modelo dito biomédico ou biomecânico [...] que é aquele presente na medicina ocidental contemporânea, que tem suas bases cosmológicas fundamentadas na física newtoniana e na metafísica cartesiana do corpo como máquina direcionada pela mente.

Em outras palavras, o referencial biomédico ou da biomedicina – ou ainda, mecanicista –, que tem como base o conhecimento científico, a partir de estruturas biológicas e de funcionamento do corpo humano (CARVALHO & BUSS, 2012), acaba “reforçando explicações que reduzem o processo saúde-doença à sua dimensão estritamente biológica” (BARROS, 2002, p.82). Esse autor, ao discorrer sobre os avanços e a sofisticação da biomedicina, vai argumentar que – concomitantemente a esse conhecimento e descobertas – entendeu-se certa “impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham em maior ou menor grau, qualquer doença”.

Madel Luz reconhece que há uma “multiplicidade e diversidade de discursos, práticas e representações [...] ligados a saberes tradicionais [...] sistemas médicos complexos (como os sistemas tradicionais indígenas [...])” (LUZ, 2008, p.9 e 11). Argumenta que tal complexidade é capaz de “interpretar a diversidade de atribuições de sentidos e significados”. Fialho (2003, p.7), por sua vez, aponta que a doença exige que se busque “uma significação e o repensar de toda a vida social”.

Ao estudar o pluralismo religioso e a etiologia das doenças no contexto brasileiro – que pode auxiliar na compreensão do que se passa quando há outras cosmovisões sobre doença-saúde e cura em jogo – Bobsin (2003) sustenta que é o significado da doença que pode dar respostas à perguntas como porque fiquei doente. Nesta direção, a etiologia das doenças apresenta outra dimensão: a espiritual.

Tal constatação se revela na busca por terapêuticas capazes de descobrir outras formas de lidar com a saúde, a doença e a cura, “no seu conjunto designadas como medicina alternativa ou complementar” (BARROS, 2002, p.79). A este respeito, Boltanski (1984) vai abordar a polarização entre as medicinas que, com critérios de classificação e diferenciação, faz o enquadramento das práticas terapêuticas que são ou não respaldadas pelo conhecimento legitimado pela sociedade, a partir da formação acadêmico-científica. A literatura biomédica denomina a medicina tradicional de medicina alternativa e complementar, já a OMS entende que medicina tradicional é um conjunto heterogêneo de práticas, saberes, experiências e crenças de diferentes culturas, que é utilizado para as pessoas manterem a saúde, prevenir e/ou diagnosticar doenças tanto físicas como mentais (WHO, 2013). Assim, esse conjunto não pertence ao escopo da medicina convencional.

Nesse ponto, é possível deparar-se com estudos que explicitam o entendimento de que essa última seja a oficial, científica, até sagrada; e a outra medicina (alternativa) como não oficial, por vezes qualificada como complementar, familiar; mas, que também é denominada por desqualificativos como profana, paralela, marginal (BOLTANSKI, 1984; LOYOLA, 1984; BOURDIEU, 1987). Ela faz parte de um campo denominado de mercado da cura, ou mercado da saúde, que é o conjunto de conhecimentos e práticas terapêuticas que proporcionam a cura (ACCARDO, 1983, p.62). Nesse mercado, diferentes agentes da cura oficial (médicos e demais profissionais de saúde com formação no modelo biomédico ou biomecânico) e agentes não oficiais (curandeiros, feiticeiros, adivinhadores, dentre outros) mantêm relações de complementaridade e de disputas pela clientela (MATOS, 2000).

Se a medicina oficial desenvolveu um sistema formal de aprendizagem, que é reconhecido socialmente e legitimado pela formação acadêmico-universitária (respaldada pelos diplomas e pelas corporações profissionais da saúde para seu exercício legal); a medicina tradicional tem seu reconhecimento efetivado pela clientela e baseado nas qualidades pessoais e na proximidade linguística e cultural que os agentes da cura têm com quem demanda seus serviços (BOLTANSTKI, 1984; LOYOLA, 1984; MONTERO, 1985; MATOS, 2000).

No caso em pauta, do contexto da tradição religiosa africana, pode-se dizer que “há uma crença generalizada de que a força terapêutica [...] reside no fato de [os curandeiros/feiticeiros] estarem possuídos por espíritos” (FIALHO, 2003, p.7) e seu poder derivar desta condição. Pereira (2015, p.144) aponta que a relação entre as duas medicinas,

referindo-se ao estudo na Guiné-Bissau, tende a ser de arrogância por parte da medicina oficial, principalmente pela ignorância subjacente, visto que seus representantes consideram-se “detentores de um conhecimento científico onde a feitiçaria e o ‘além’ não têm lugar”.

Estudos sobre os sistemas tradicionais africanos da saúde apresentam a existência de dois desses segmentos: o tradicional e o da biomedicina (FIALHO, 2003, p.2-3). O primeiro tem a “legitimidade assentada na sua eficácia simbólica, espiritual, social e físico-química”, já o biomédico “reclama-se de uma legitimidade científica do conhecimento experimentado da fisicoquímica, do orgânico”. No tocante a isso, Domingos (2015, p.168) fala da coexistência de dois sistemas de conhecimento, os quais ele designa como o tradicional e o moderno; alerta para o fato de que – embora haja grande variedade cultural nos países africanos, o que não permite homogeneidade – identifica-se “certa unidade dentro da diversidade cultural, uma vez que a base cultural é a tradição filosófica e religiosa que partilham”.

A tradição religiosa, a que o autor refere-se, é aquela da “relação fundamental entre Deus, o homem, a natureza que se revela na visão unificada do mundo. E esta cosmovisão se apresenta como uma concepção integrada do universo” (DOMINGOS, 2015, p.168). Fialho (2003, p.5), ao reportar-se ao caso de países africanos, aponta que o sistema tradicional estrutura-se no campo simbólico no qual se articulam a família, a economia, a religião, a magia, e a feitiçaria, sendo por esse campo “que se modelam as representações e as práticas da saúde e da doença”.

Assim as ações de cuidar da doença e buscar a cura envolvem interpretações causais entre diferentes contextos de relações sociais por meio de “uma teoria específica (significações) desenvolvida por adivinhações (diagnóstico) e, uma gestão terapêutica” (FIALHO, 2003, p.4); gestão essa procurada na prescrição da farmacopeia local. Para Luz (2008, p.16), a terapêutica tradicional, de base fitoterápica, tem “três fontes da natureza: vegetal, animal e mineral”; especificamente identificadas por Fialho (2003) como raízes, cascas, folhas, flores e sucos; embora ele alerte que “muitas não apresentam efeitos curativos reais, [...] possuem [apenas] significação simbólica”.

Fialho (2003, p.11) explica que o sistema tradicional contempla uma série de representações sociais sobre os espíritos (antepassados, mortos) e a ordem social (familiares, regras e normas seguidas), portanto, as terapias ocorrem em diferentes dimensões. Ou seja, aquelas sobrenaturais que consideram os espíritos; as sociais que

respeitam os símbolos comungados pela sociedade/grupo, e a medicamentosa. Dessa forma, os rituais terapêuticos são capazes de “mobilizar novas energias psíquicas e novos comportamentos sociais de integração e de consensos que exprimem e restauram o (re) equilíbrio da ordem da saúde”.

A esse respeito, Domingos (2015, p.168) complementa dizendo que, na cosmovisão do pensamento africano, a doença é vista como desequilíbrio da força vital, uma desordem que afeta a família inteira e a comunidade; sendo a cura inseparável do apelo aos espíritos. Entende-se, então, que nos rituais de cura, a linguagem (palavra), para além de configurar-se em instrumento de comunicação, é “expressão da força que movimenta as potências vitais e o princípio da sua coesão”.

Assim, é entre o saber empírico – a farmacopeia utilizada, por exemplo – e a invocação de Deus – intermediada pelos espíritos – que se encontra a magia, “como técnica ‘profana’ de cura e ao mesmo tempo como ação mágico-religiosa”. Sobre isso, Loyola (1984) e Luz (2008) complementam que a doença é entendida como um fenômeno que foge ao controle humano, pois trata-se de desequilíbrio espiritual, situado em outra dimensão – a de forças sobrenaturais – que causaram o adoecimento.

2.4 Ajuda humanitária e ações de organismos multilaterais, bilaterais e ONGs

Schramm *et al.* (2018), fazem breve histórico sobre a ajuda humanitária resgatando as missões religiosas, majoritariamente católicas, no século XIX, cujo objetivo era desenvolver ações construindo instituições de saúde, além de evangelizar povos nativos na América, África e Ásia. A Cruz Vermelha, organização suíça criada em 1863, com espírito filantrópico e humanitário, era inicialmente destinada a atender soldados feridos. Hoje atua em situações de desastres e tragédias naturais, estando presente em 164 países.

No século XX, nas décadas de 1940-1950, organismos internacionais (OMS, ONU, BM, OMC, FMI, dentre outros) decidiram por priorizar a saúde como estratégia global e, nos anos seguintes, as iniciativas foram direcionadas para o combate às doenças emergentes e reemergentes (Ebola), e os velhos problemas sanitários (Malária, Tuberculose e AIDS/HIV), dentre outras morbimortalidades existentes em países subdesenvolvidos. O enfrentamento da fome e da pobreza (BUSS e FERREIRA, 2010; CARAPINHEIRO, 2018), principalmente

africanos, tornou-se outra frente de esforços internacionais. Autores ressaltam a atuação das fundações norte-americanas – Rockefeller, Kellog e Ford – em ações na saúde e na educação, salientando que há uma série de controvérsias em relação aos reais benefícios das intervenções, que parecem mais tratar-se de uma “defesa dos interesses políticos e econômicos dos Estados Unidos” (SCHRAMM *et al.*, 2018, p.11).

Sobre a cooperação internacional e seus reais benefícios, Buss & Ferreira (2010, p.93), afirmam que, a partir do processo de “globalização injusto” houve o acirramento das disparidades internacionais e os “países mais excluídos dos circuitos centrais da economia global com grandes problemas nas áreas da saúde e social” foram alvo de ações humanitárias. Com sistemas de saúde frágeis, fragmentados – apresentando sub-financiamento, sérios problemas de gestão e sem profissionais em número suficiente – países africanos, dentre os quais a Guiné-Bissau, recebem desde então, recursos financeiros de diferentes organizações: multilaterais (OMS, ONU, UNICEF, PNUD entre outras); bilaterais (Portugal, Espanha, China); de ONGs internacionais e locais; bem como de instituições confessionais (GUERREIRO *et al.*, 2019; BARROS, 2012; SILVA, 2016; PEREIRA, 2015).

No entanto, há um estudo que denuncia que “não há lugar para as escolhas locais dos recursos, dos conhecimentos, das políticas e sistemas de saúde que melhor se adequem a padrões culturais [...] dos territórios que são objeto de cooperação” (CARAPINHEIRO, 2018, p.4). Além disso, as estruturas dos sistemas de ajuda internacional apresentam uma “cadeia burocrática e administrativa que acaba consumindo boa parte dos recursos financeiros e tornam-se um ‘negócio’ rentável que acaba se retroalimentando numa retórica filantrópica (SCHRAMM *et al.*, 2018, p.112). Esse enredo se dá associado ao fato de que os organismos financiadores definem as agendas e os temas prioritários, bem como o destino dos recursos e não os países beneficiados.

Carapinheiro (2018) vai dizer que a reivindicação vinda de países africanos aponta para a autonomia de decisão, para a busca de “soluções nacionais”. Schramm *et al.* (2018, p.112) dizem que a longo prazo é preciso pensar em novas formas de solidariedade que sejam direcionadas para a “reconstrução das funções do Estado”. Nessa perspectiva, Buss e Ferreira (2010) sugerem, como prospecção, implantar novas estratégias de financiamento e outros modelos de cooperação para a saúde, a educação e a busca da paz no mundo.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Quanto à natureza, é aplicada, uma vez que pretende gerar conhecimentos para aplicação prática, envolvendo interesses institucionais, no caso, a intenção de instrumentalizar o governo da Guiné-Bissau e as diferentes organizações não governamentais e confessionais que atuam no país. Em relação aos objetivos, é uma pesquisa descritiva, visto que detalhará fenômenos da realidade social, cultural, política e econômica nacionais, com implicações nos sistemas e serviços de saúde, destacando as práticas da medicina tradicional largamente utilizada no referido país.

A abordagem qualitativa encontra-se aqui entendida como aquela que se ocupa do nível relacional e subjetivo da realidade social, sendo tratada por meio da história, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013). A pesquisa qualitativa preocupa-se, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais/dos fenômenos sociais.

O estudo qualitativo que teve como fonte de pesquisa documentos (principalmente relatórios, cartilhas e outros materiais) de organizações globais/multilaterais, além de produções (artigos, livros, dissertações, teses, monografias) que trataram dos temas em pauta; também contemplou narrativas do autor. O exercício da narrativa irá revelar-se quando da necessidade de reviver e registrar situações passadas “como elemento mediador de experiência” (CARVALHO, 2003).

As análises foram realizadas na perspectiva da hermenêutica-dialética (MINAYO, 2013), uma vez que o estudo ora apresentado busca a compreensão em profundidade, oportunizada justamente por essa estratégia de análise de dados.

Quanto aos procedimentos, trata-se de pesquisa que sistematizou dados extraídos de documentos e produções bibliográficas, e cuja análise exploratória do material (relatórios, artigos, livros, monografias, dissertações e teses), aliada às reflexões resultantes de vivências pessoais do autor, propiciaram a elaboração da presente dissertação.

A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica e a diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: enquanto a pesquisa bibliográfica utiliza-se fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a

pesquisa documental vale-se de materiais que ainda podem ser trabalhados de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2002).

Em relação à pesquisa documental: os dados obtidos, após localização e avaliação de sua credibilidade e representatividade, foram selecionados e organizados por tema e data. Para isso foi construído um quadro com cinco colunas, contendo dados sobre: título do documento; origem; edição e ano de publicação; objetivo; resultados/achados principais. Já, a pesquisa bibliográfica, realizada em bases científicas consagradas, buscou estudos sobre o tema, os quais foram avaliados, selecionados e organizados conforme sua pertinência e temporalidade.

Assim, na fase exploratória, em 2019, realizou-se a aproximação ao objeto de pesquisa com algumas incursões em bases bibliográficas e documentais. O momento em que ocorreu a primeira busca foi em março/abril de 2019, no sítio *on-line* do Portal de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), e em tantos outros: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs, Scielo, Pub Med, Medline, Scopus; portais virtuais das bibliotecas das 192 Instituições de Ensino Superior (IES) do Brasil, credenciadas e reconhecidas pelo Ministério da Educação e Ciência (MEC); em anais de eventos da saúde; na plataforma do Google acadêmico, e do Google. Nesse processo, foram também observadas as referências bibliográficas dos estudos encontrados, a fim de possibilitar a localização de produções anteriores que poderiam não estar em base de dados indexada.

As palavras-chave utilizadas foram “Saúde” e “Guiné-Bissau”; sendo que além delas foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “sistema de saúde”; “saúde na Guiné-Bissau”; “Sistema de Saúde nos países lusófonos”; “Política nacional de saúde na Guiné-Bissau”; “Malária”; e “paludismo”. Como critérios de inclusão foram estabelecidos os seguintes: artigos em língua portuguesa, completos, e disponíveis *on-line* – para tanto, o período não foi especificado, a fim de possibilitar a seleção do maior número disponível de publicações, cuja origem fosse o Brasil, Portugal ou a Guiné-Bissau. Dentre os critérios de exclusão, elegeram-se: a duplicidade; não estar disponível gratuitamente; e não estar relacionado ao tema, palavras-chave, descritores.

Como as fontes utilizadas consistiram de produção digital originária de órgãos públicos, organismos internacionais não governamentais, e de publicações técnico-científicas disponíveis na internet, não houve a necessidade de submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa.

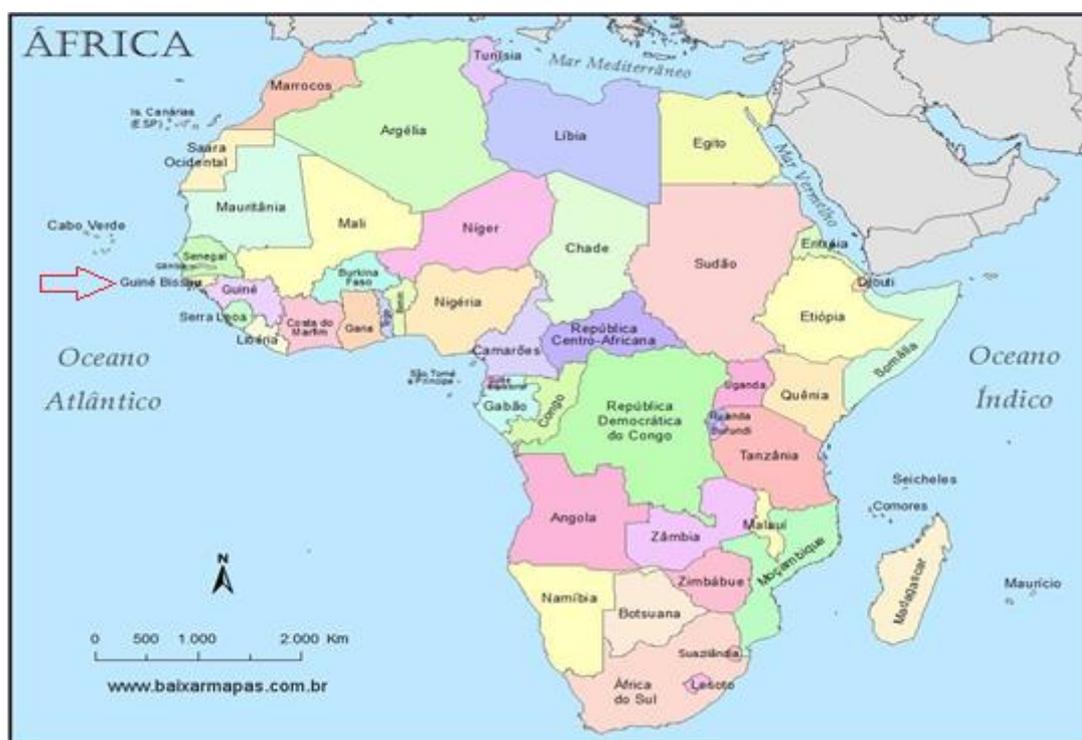
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Guiné-Bissau, seu contexto e o direito à saúde

A Guiné-Bissau tem 36.125km² de extensão. País africano situado na costa ocidental da África, banhado pelo Oceano Atlântico, faz fronteira, ao norte, com a República do Senegal e, ao sul, com a República da Guiné Conakry (Figura 1).

Cerca de 80 ilhas compõem o arquipélago dos Bijagós, além dos territórios continentais que formam oito regiões: Bolama, Bafatá, Gabu, Cacheu, Quinara, Tombali, Oio e Biombo; mais o Setor Autônomo de Bissau (SAB), que é a capital.

Figura 1 – Localização da Guiné-Bissau



Fonte: <https://www.google.com.br/search?q=Mapa+da+africa>. Acesso em: 01 nov 2019.

A exemplo de outros países que conquistaram a independência na década de 1970, a Guiné-Bissau continua sendo vítima de disputas e tensões entre lideranças políticas e

militares (GUERREIRO, 2019). Adiciona-se a isso a tentativa fracassada do governo pós-revolucionário (após 1973) de implantar um projeto de modernização e de industrialização, que acabou por impedir a formação de um Estado capaz de cuidar do seu povo (UN, 2020). Ao analisar esse período, autores vão dizer que “a orientação de política planificada nos moldes socialistas” (BARROS *et al.*, 2018, p.63), preconizada pelas lideranças revolucionárias, foi progressivamente perdendo os seus ideais que almejavam o “desenvolvimento das forças produtivas e o progresso social” (CATEIA *et al.*, 2019, p.583).

Nesse sentido, as palavras de Djicó (2005, p.9) são esclarecedoras, segundo ele: o Estado é “falhado, fraco e fruto da herança colonial”. Tal afirmação pode ser compreendida quando se analisa a história do país. Em termos de história política, os sucessivos governos pós-independência não conseguiram encerrar os mandatos (com exceção do presidente eleito em 2014) e as situações de violação da Constituição da República – o conflito armado (1998-1999); os golpes de estado (1980, 2003, 2009, 2012, 2015); e o desrespeito constante às instituições democráticas denunciado (BARROS *et al.*, 2018) – marcaram, e ainda marcam, o país perante sua população e o mundo (UN, 2020).

Importante registrar que nos anos 1980 “com o golpe de Estado e expulsão do então presidente, marcaria as tensões da tradição/matriz histórica que conformaram as instituições, e o Estado, economia, sociedade cultura e representações simbólicas” (BARROS *et al.*, 2018, p.4). Os anos seguintes foram impactados pelos efeitos da aplicação da agenda neoliberal com o Programa de Ajustamento Estrutural (GUERREIRO *et al.*, 2017) e consequente atrelamento ao Fundo Monetário Internacional e ao Banco Mundial, que se intensificou nos anos 1990. Recentemente, em 2020, as tensões resultantes do processo eleitoral também foram motivo de alerta internacional (UN, 2020).

A violação dos direitos humanos, dentre eles, o direito à saúde e inúmeros outros desafios provocaram a criação – por parte da ONU – de duas missões de paz e de contribuição para o desenvolvimento das capacidades das instituições guineenses, bem como para a manutenção da ordem constitucional, da segurança pública e de respeito pelo Estado de Direito. A primeira, de 1999 a 2009, denominada de “Escritório de Apoio à Construção da Paz na Guiné-Bissau”; e a segunda, de 2010 a 2020, através do “Escritório Integrado de Construção da Paz na Guiné-Bissau”, ambas conhecidas pela sigla UNIOGBIS (UN, 2020). Essa segunda e última missão foi encerrada, desalentadoramente, em 2020,

segundo relatos dos participantes (UN, 2020), dando a dimensão da gravidade da instabilidade política do país, que repercute em todas as dimensões da vida da população.

Desde a sua independência, o país não conseguiu estruturar-se em termos de administração pública planificada, nem de desenvolvimento, e tampouco de formação de profissionais nas diferentes áreas, principalmente na saúde; situações apontadas já na década passada (DJICÓ, 2005). A fragilidade do Estado guineense se dá tanto “nos mecanismos organizacionais como de decisão política” (CONSTANTINI *et al.*, 2018, p.11). Tendo sido colônia até 1973, a Guiné-Bissau foi o primeiro país do império português a tornar-se independente (GUERREIRO *et al.*, 2017), após 11 anos de luta sob a bandeira do Partido Africano pela Independência da Guiné e Cabo Verde (PAIGC), que foi liderada por Amílcar Cabral – engenheiro e poeta – morto na véspera da independência, um dos principais líderes anticoloniais (UN, 2020).

As condições socioeconômicas vêm piorando desde 2019, quando culminaram na greve nacional de servidores públicos (professores e profissionais da saúde), onde um terço da população ficou em “situação de insegurança alimentar e o tráfico de drogas ameaçou reemergir” (UN, 2020, p.21). Com a pandemia da Covid-19, o ano de 2020 também marcou uma série de problemas a serem enfrentados; no mês de junho daquele ano, hospitais e serviços de saúde essenciais entraram em colapso e, como era de se prever, os impactos na economia foram devastadores. O índice de desemprego, na década passada, já era muito alto, mas em função da pandemia, refletiu diretamente nos mercados de trabalho formal e informal, e nos produtos de exportação (UN, 2020).

Resgatar tal histórico de violências praticadas desde a colonização, ainda que brevemente, tem por objetivo trazer à tona a dimensão da tragédia vivida pela população, a fim de que se entendam as altas taxas de morbimortalidade⁶, as quais seriam majoritariamente evitáveis com o devido tratamento. Nessa perspectiva, destacam-se: a fragilidade do Sistema Nacional de Saúde; a atuação de organismos internacionais/multilaterais, ONGs e demais instituições; a baixa capacidade produtiva; a posição de dependência de recursos financeiros externos; os altos índices de analfabetismo; a prática da medicina tradicional; e outros aspectos que emergem em tal contexto econômico, político, social, religioso e cultural (GUERREIRO *et al.*, 2017).

⁶ Ocasionadas por diversas doenças, dentre as principais: a epidemia de HIV/AIDS, malária e ebola.

A densidade populacional média do país é de 66,2 habitantes por km², superior à da África (37 hab/km²) (SALLA *et al.*, 2019). Dessa população, 30% encontra-se localizada no território da capital guineense, denominada de Bissau. Apresenta forte dispersão populacional na sua distribuição em oito regiões administrativas, com uma taxa média mensal de 2,5% de crescimento populacional (UN, 2020), sendo que 54% da população têm idade inferior a 15 anos, caracterizando-o como um país de jovens (GUERREIRO *et al.*, 2017).

Em termos econômicos, antes da chegada dos invasores portugueses, em 1446, o território, posteriormente denominado de República da Guiné-Bissau (RGB), fazia parte do Estado Sahel, onde havia a comercialização de ouro, marfim, sal e arroz. Esse último, que ainda é o principal produto para a base de alimentação da população guineense. Atualmente, inclusive, a baixa diversificação da estrutura produtiva tem na agricultura uma das principais atividades, que ocupa cerca de 12% do território nacional e absorve mais de 80% da população economicamente ativa (DJICÓ, 2005; CATEIA *et al.*, 2019). Já a exportação de pescados processados, da castanha de caju e do arroz corresponde a 60% das receitas anuais do país (UN, 2020).

Com clima tropical, água abundante e terras férteis, ainda como colônia portuguesa, já era produtora de amendoim e óleo de palma (azeite de dendê), que eram exportados para Portugal. À frente, na pós-independência (década de 1980), a castanha de caju passou a ser o principal produto de exportação atendendo mais recentemente o mercado asiático (CATEIA *et al.*, 2019). Toda essa riqueza natural levou a economia a eleger como mote – nos anos 2000 – o combate à fome e a eliminação da pobreza extrema, o que não se concretizou.

A Guiné-Bissau⁷ possui em algumas das suas regiões reservas minerais (fosfato, bauxita e petróleo) ainda não exploradas, apesar disso, em função de seu baixo desempenho econômico, contrasta com países do continente que também foram colônias – de origem portuguesa, inglesa ou francesa (CATEIA *et al.*, 2019). Com rendimento per capita de U\$ 698, segundo dados do Banco Mundial (UN, 2020), e Produto Interno Bruto (PIB) de U\$ 1.45 milhões, em 2019, o país recebeu, de instituições e organizações internacionais, o

⁷ O país pertence à Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP) – organização intercontinental que agrega países colonizados por Portugal – e, também, da Comunidade Econômica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), instituição regional de cunho político. Além disso, é membro da União Africana (UA), que é uma organização política continental; e da União Econômica Monetária Oeste Africana (UEMOA), que é uma organização econômica.

correspondente a 75% do orçamento nacional. Entretanto, a deficiente malha rodoviária, a precariedade dos portos e das telecomunicações, aliadas ao desabastecimento de água potável e eletricidade (GUERREIRO *et al.*, 2017) dão a dimensão da precariedade ainda vigente.

Nos anos 2010, cerca de 69% da população vivia em situação de pobreza absoluta, com rendimento inferior a U\$ 2,00 diários, índice bem acima daquele de 1991, que era de 49% (GUINÉ-BISSAU, 2010). De fato, Guerreiro *et al.* (2019) apontam dados que revelam a gravidade da situação: em 2010, 70% dos guineenses viviam na pobreza moderada (com U\$ 2 ou menos por dia) e 30% em pobreza extrema (com U\$ 1 ou menos por dia); que corresponderiam a R\$ 5,71 (cinco reais e setenta e um centavos), na cotação em março de 2021. Tais indicadores estão entre os piores da África Subsaariana, mas dentre outros que serão apresentados nos parágrafos a seguir, um deles é especialmente alarmante: o que diz respeito à expectativa média de vida, que no país é de apenas 48,6 anos de idade (GUINÉ-BISSAU, 2015).

Em termos de população economicamente ativa, dados dos anos 2000 informam que havia 853,28 mil guineenses entre os 15 e os 64 anos de idade (54%), ao passo que na faixa etária entre 65 anos e acima são 32,22 mil pessoas, correspondendo a 2,06% da população. Pode-se dizer que, no final da década passada até o momento, a quantidade de funcionários, empregados formalmente, fora do exército e dos serviços públicos, não passava de dez mil em todo o território nacional (AUGEL, 2007). Segundo matéria da Rádio Francesa Internacional de 2018, havia cerca de 30 mil funcionários públicos percebendo baixos salários, os quais são pagos com grande irregularidade (PEREIRA, 2015).

Essa situação foi observada quando da residência na Guiné-Bissau que permitiu conhecer guineenses passando por situações difíceis, tais como limitar a alimentação a apenas uma refeição diária, face ao não recebimento dos seus salários. Trata-se de um problema apontado, também pela literatura, como um grande motivo que acaba favorecendo a diáspora em direção a outros países, principalmente Portugal (GUERREIRO *et*

al., 2017). O salário mínimo líquido praticado é de 29.500 FCFA⁸, quantia equivalente a \$192,84 Euros. Em dólar, 29.500 CFA correspondem a U\$ 164.116,75⁹.

Segundo o relatório da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2011), o país apresenta grandes disparidades geográficas, acentuadas entre a área rural e a urbana, entre homens e mulheres, persistindo causas de discriminação de gênero no acesso a empregos formais, na educação, assim como na saúde. As altas taxas de analfabetismo fizeram com que Djicó (2005), há mais de 25 anos, já apontasse como prioridades da política educacional no país, a alfabetização da população. Em relação à série histórica dos dados sobre a educação/escolaridade dos guineenses, autores apontam haver deficiente desempenho e evolução desfavorável dos indicadores de escolarização mantida ao longo do tempo (GUERREIRO *et al.*, 2017).

Importante registrar que o primeiro liceu (colégio) para os filhos dos imigrantes portugueses de “assimilados e dos colonos” (DJICÓ, 2005, p.24), foi criado somente nos anos de 1950. Atualmente, há quatro liceus nacionais e colégios de 7.^a a 12.^a séries no Setor Autônomo de Bissau (capital); quinze liceus nas oito regiões do país; duas escolas de ensino médio de formação de professores; e uma escola média de formação administrativa.

Ainda no que diz respeito à escolaridade ou formação profissional, estudo de Augel (2007) já afirmava que, quando a Guiné-Bissau tornou-se independente de Portugal, em 1973, haviam somente quatorze guineenses com formação profissional, e outros dezessete com ensino médio. Após a independência, alguns guineenses, na condição de bolsistas do governo, foram estudar em outros países principalmente socialistas, alinhados ideologicamente ao governo revolucionário da época, mas acabaram não retornando, pois os salários não eram atrativos. Estudo recente fornece dados dessa diáspora na área da saúde: na década de 2000, de 251 médicos que trabalhavam na Guiné-Bissau, 160 foram para Portugal, perfazendo 61% deles, e 25% dos enfermeiros guineenses saíram do país. Tal “fuga de quadros” deve-se à instabilidade tanto econômica como política (GUERREIRO *et al.*,

⁸ Depois da proclamação da independência em 1973, a partir de 1975, o país começou a usar o Peso, mas em 1997, ele foi retirado de circulação e passou vigorar o Franco CFA (moeda corrente usada anteriormente em alguns países da África).

⁹ Disponível em: < <http://www.rfi.fr/pt/guine-bissau/20190507-guine-bissau-97-dos-funcionarios-publicos-em-greve>>. Acesso em 28 dez 2019.

2019, p.9). Mais tarde, em 2017, o país ainda detinha apenas: 3 pediatras, 4 obstetras, 1 anestesista, 34 parteiras qualificadas e 1137 enfermeiros (UNIOGIBS, 2017).

De fato, essa ausência de perspectivas de inserção profissional não atrai guineenses que saíram para estudar (AUGEL, 2007). Guerreiro *et al.* (2017) mostram em seu estudo que pouco mudou com o passar dos anos, uma vez que após os estudos universitários no país, não é possível conseguir trabalho compatível com a qualificação obtida na universidade. Essa situação verifica-se principalmente entre recém-formados (GUERREIRO, *et al.*, 2017) e um dos impactos é o fato de o país ainda carecer de quadros em todas as áreas (UN, 2020).

De acordo com Augel (2007, p.74), em 2004, duas universidades foram criadas: a Universidade Amílcar Cabral (UAC) – que é pública, embora os alunos custeiem seus estudos – e a Universidade Colinas de Boé (UCB) – provinda da iniciativa privada e que oferece poucos cursos. Também há uma Faculdade de Direito, criada em 1980, e mantida por uma universidade portuguesa, juntamente com uma escola com formação de ensino médio e de superior de formação de professores; uma Escola Nacional de Saúde (ENS); uma Escola de Medicina da Universidade de Havana; e a Escola Técnica de Quadros de Saúde.

Poucas são, portanto, as instituições de ensino superior, públicas e gratuitas, para a formação de quadros necessários ao país, uma vez grande parte da população não pode custear seus estudos, considerando seu baixo capital econômico. O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas (INEP) é a primeira e única instituição da RGB, na área das ciências políticas, econômicas e sociais, com publicações regulares. Na área editorial há uma gráfica pública e a cooperação com uma instituição sueca¹⁰, que edita livros didáticos.

A língua que prevalece é o crioulo, idioma de comunicação oral mais utilizado no território nacional – falado por cerca de 90% da população –, embora o português seja a língua oficial (UN, 2020), praticada em escolas e lugares públicos (LIMA, 2018). A língua portuguesa, falada na Guiné-Bissau tem influência das línguas bantu e crioula, que são aquelas faladas pela maioria dos guineenses (NAMONE & TIMBANE, 2017, p.47), porém, há situações que não podem ser traduzidas pelo dicionário português e a isto, esses autores referem-se como “paradoxo linguístico”.

¹⁰ A Editora é membro fundador da Aliança dos Editores Independentes, uma associação internacional que congrega 75 editores de 42 países, com sede em Paris (França). Disponível em: <<https://kusimon.com/editora/apresentacao-2>>. Acesso em: 29 dez 2019. E-mail: info@kusimon.com.

Coexistem, no país, 32 dialetos respectivos às etnias que, em termos de representatividade, são: Balanta (30%), Fula (20%), Manjaco (14%), Mandinga (13%), Papéis (7%), outras (16%) – dentre elas, os Felupes, os Brames ou Mancanhas, os Beafadas e Bijagós (PEREIRA, 2015, p. 36). Namone & Timbane (2017, p.42) vão dizer que “cada etnia se identifica com uma língua, como meio de expressão, de comunicação e de transmissão de valores exigidos pela comunidade”.

No que se refere à prática religiosa, 55% da população pratica a religião tradicional/animista – etnias Balanta, Manjacos, Papéis, Mancanhas, Bijagós e Felupes; em torno de 40% dela segue o islamismo (Fula, Mandinga, Beafadas e Nalus); e o pouco restante do povo (5%), adotou o cristianismo (PEREIRA, 2015; LIMA, 2018). Segundo relatório da ONU (UN, 2020, p.10), diversas religiões são praticadas pelos guineenses, entretanto, a maioria segue “práticas e crenças tradicionais indígenas”. Essa diversidade étnica – embora com semelhanças em alguns grupos étnicos – tem como riquezas, além da língua: a forma de viver; a espiritualidade; a construção das habitações; o modo de se vestir; a simbologia; as crenças religiosas; os rituais; a veneração dos antepassados; a diversidade gastronômica; a produção de artesanato; bem como as atividades produtivas, econômicas e políticas (MENDES, 2018).

Com base nas vivências e reflexões obtidas, durante a permanência naquele país, é possível afirmar que o termo etnia tem especial relevância na sociedade guineense, na qual representantes de diferentes grupos étnicos se casam entre si, sem discriminação e distinção da raça, cor, etnia e religião, o que faz com que as implicações e configurações étnicas tornem-se invisíveis.

Para Barros (2018, p.635), “a existência do componente étnico continua sendo negligenciada tanto pelo Estado como por analistas descuidados com o cenário político-social” do país. O autor não é específico sobre a afirmação, mas supõe-se que ela indique ausência de competência cultural, visto revelar certa desconsideração às questões culturais quando são planejadas políticas (ou trabalhos), a serem realizados no país. De acordo com Pinto (2009) há três grupos sociais distintos: o indígena (africanos animistas); o árabe (islamizados pelos árabes); e o europeu (de influência europeia, cristianizados), esse último concentrado na capital do país.

O direito à saúde foi reconhecido a partir da constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, como um direito de todos os seres humanos sem distinção de

raça, cor, religião, sexo, idade, etnia, convicção política, ou condição socioeconômica; sendo a Guiné-Bissau país-membro da OMS desde 1974 (UNIOBS, 2017).

As normas do enquadramento jurídico internacional para o direito à saúde estão estabelecidas no inciso 1.º, do artigo 25, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, (2009, p.13) a qual registra que, independentemente do seu padrão na sociedade “todas as pessoas têm direito a um nível de vida satisfatório para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, inclusivamente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica, direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos”.

O Relatório sobre a Situação dos Direitos Humanos na Guiné-Bissau (2015) registra que a 1.ª Constituição da República do país, promulgada em 24 de setembro de 1973 e alterada em dezembro de 1996, prevê que o direito à saúde pressupõe a criação de políticas públicas, em diversos âmbitos da vida; para tanto, cabe ao Estado a elaboração e implementação dessas políticas, que devem direcionar-se para a promoção e proteção da saúde e a prevenção de doenças. Além de garantir o acesso a cuidados de saúde eficientes e de qualidade, a partir de um modelo de atenção que atinja toda a população.

Embora a RGB autodenomine-se democrática, a sua história política e social é de conflitos armados, sucessivos golpes de Estado, demissões no governo e recentes crises político-militares-institucionais que denotam grande instabilidade organizacional. Esse contexto vem originando graves crises, além da consequente redução tanto de recursos internacionais injetados no país quanto de iniciativas, principalmente na saúde e na educação. O descontentamento com isso foi o que ocasionou, em 2015, a criação do Movimento do Cidadão Consciente e Inconformado (MCCI), por parte da população que mobilizou-se nesse sentido.

Bucal (2015) cita os objetivos do MCCI, reveladores de um movimento que reflete um engajamento da sociedade guineense, a qual se articulou a partir das redes sociais para: buscar mecanismos visando à superação da crise política; dar apoio à estabilidade política e à democracia; e, por fim, apoiar a construção do Estado de Direito. O referido autor relata que as manifestações aconteceram de forma pacífica, sendo esse um direito fundamental da população, consagrado nos artigos 24 a 58 da Constituição da República da Guiné-Bissau. Nesse sentido, o MCCI chamou a atenção para a tentativa de consolidar a democracia e reivindicar políticas públicas eficazes e eficientes para os guineenses (BUCAL, 2015).

Destaca-se nesses movimentos sociais, a participação de muitos jovens, o que traz certo alento quando se pensa o futuro do país. Tendo por base a vivência pessoal – como guineense de origem – e o acompanhamento da situação política do país, através da mídia nacional e internacional¹¹, é possível dizer que pensar o desenvolvimento da Guiné-Bissau requer não só identificar seus problemas, mas, também, apontar possíveis caminhos.

Temas como saúde, educação, saneamento básico e energia devem estar na agenda prioritária dos governantes. No entanto, o que se viu recentemente foi outra crise a partir do pleito eleitoral de 29 de dezembro de 2019, cujo resultado foi objeto de disputa jurídica. Isso sinaliza que as chances de obter estabilidade política e a criação das necessárias políticas públicas para aquela população ainda estão distantes.

Em termos de iniciativas nacionais, de acordo com o UNIOGBS (2017), entre 2010 e 2011 deveria ter sido criada a lei de base para a saúde dos guineenses, contudo, em função do Golpe de Estado de 2012 não se obteve o resultado esperado. Por outro lado, em função dos diferentes problemas enfrentados, foram criadas legislações específicas sobre o direito à saúde, tendo como horizonte as Metas do Desenvolvimento do Milênio (GUINÉ-BISSAU, 2015), a saber: 1) Erradicar a pobreza e a fome; 2) Alcançar o ensino primário universal; 3) Promover a igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres; 4) Reduzir a mortalidade infantil; 5) Melhorar a saúde materna; 6) Combater o HIV-AIDS, a malária e outras doenças; 7) Garantir a sustentabilidade ambiental; 8) Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento.

Ao analisar tais metas, acredita-se que a Guiné-Bissau dificilmente conseguirá alcançá-las, porque, aparentemente, a área da educação apresenta melhor performance do que a da saúde. Também porque, para a elaboração de políticas, planos, programas e projetos são necessários indicadores de saúde confiáveis, o que não se observa no país; além disso, um problema que é possível perceber – e é corroborado pela literatura – refere-se à fragilidade do sistema de informação. Na Guiné-Bissau, ele ainda é realizado de forma manual e em papel (EMBALÓ & ROUBERTE, 2018).

Tal fragilidade revela-se em problemas, dos quais três deles são citados por Rodrigues (2014, p.2): a falta de registros clínicos, que é “motivada pela inexistência de instrumentos de registros adequados e padronizados”; a ausência de qualidade da

¹¹ Portocanal.sapo.pt. Acesso em: 10 jan 2020; g1.globo.com. Acesso em: 02. Jan 2020.

informação, pois “não retrata a situação de saúde da população, resultando em desagregação tanto de iniciativas governamentais como de organismos internacionais”; e ainda, a falta de padronização “de instrumentos de coleta e inconsistência de dados, originando grandes margens de erros nos dados primários”.

Outro ponto ressaltado pela literatura, trazido por Diniz *et al.*, (2000, p.162), refere-se à atuação das ONGs, que acaba contribuindo com o “aumento do abandono do Estado na oferta de serviços” à população – o que seria obrigação dele. Os autores vão dizer que as poucas políticas públicas existentes no país acabaram promovendo a ampliação do “leque de atuação de ONGs ligadas à saúde”, o que entende-se não ser muito positivo no sentido de que se avance no enfrentamento aos problemas.

Tendo explicitando alguns aspectos do contexto social, econômico, cultural e político e religioso do país, que molda a população guineense e fornece referências para que se entendam suas práticas sociais e sanitárias, bem como a questão da saúde; segue-se, então, para a descrição dos serviços e sistemas de saúde, numa perspectiva histórica.

4.2 Os sistemas e serviços de saúde: retrospectiva histórica dos dias atuais à colonização

O recorte temporal deste capítulo deve-se à necessidade de identificação dos sistemas e serviços de saúde utilizados pela população guineense. Faz-se isso a partir das produções bibliográficas e documentais selecionadas, com destaque para a persistência do uso de chás, ervas, plantas e outros que caracterizam a medicina tradicional – à qual a população recorre quando se percebe doente, e em outras situações que não envolvem necessariamente saúde ou doença (PEREIRA, 2015).

Nos parágrafos seguintes serão abordados os três períodos delimitados neste trabalho, que tiveram como marco alguns fatos históricos: a) Dos anos 2020 à promulgação da Constituição de 1996; b) Da década de 1980 à independência em 1973; e c) Do período anterior à colonização e o colonial; destacando a recorrência de práticas terapêuticas da medicina tradicional em todos eles.

Se o século XIX é marcado pela colonização portuguesa, que não apresentou – por parte da metrópole – atuação expressiva na área da saúde, o século XX destacou-se pela função do Estado em “promover o bem-estar social e a inclusão [...] ligada aos problemas

cotidianos da sociedade como saúde, educação, urbanização [...], água potável, saneamento básico” (BARROS *et al.*, 2018, p.638). Também nesse último século, guineenses passaram a contar com nova Constituição (1996), que alterou a 1.^a Constituição promulgada em setembro de 1973, assegurando normativamente o direito à saúde. Registrem-se iniciativas na saúde – tema aqui tratado – de organismos internacionais, ONGs e demais instituições para o enfrentamento a endemias e epidemias.

4.2.1 Dos anos 2020 à promulgação da Constituição de 1996

Embaló & Rouberte (2018, p.2) informam que, em 1993, foi criada a Política Nacional de Saúde (PNS), cuja definição era a de saúde como bem-estar contemplando o acesso universal à Atenção Primária em Saúde (APS); a descentralização das tomadas de decisão; a autonomia das estruturas e contratação de profissionais de saúde; a participação da população na gestão; a implementação de política de recursos humanos; o incentivo às parcerias colaborativas entre diversos setores; e, por fim, a valorização da medicina tradicional.

A PNS fez a gestão do Sistema Nacional de Saúde (SNS) até 2017 e foi responsável pelos três Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), que vigoraram por determinado período. Esses três PNDS apresentaram mobilização de diferentes segmentos sociais em torno da agenda da saúde; bem como proporcionaram maior entendimento sobre o propósito da saúde e os seus determinantes, a mobilização de recursos e o alcance de consensos (GUERREIRO *et al.*, 2019). Assim, os três são brevemente tratados nos parágrafos a seguir, pois são quadros de referência para entender esse resgate histórico.

Antes, porém, é preciso registrar a promulgação da Constituição da República da Guiné-Bissau, em 1996, a qual apresenta, no seu artigo 15, que a saúde pública deve “promover o bem-estar físico e mental das populações e a sua equilibrada inserção no meio sócio ecológico em que vivem; e o Estado tem papel de atuar de forma ativa e eficaz para garantir a realização plena do direito à saúde para todos” (GUINÉ-BISSAU, 1996). No entanto, documentos e literatura levam a entender que se trata de mera retórica, uma vez que o país apresenta dados de morbimortalidade que denunciam o descaso histórico do Estado para com a população. Feita essa ressalva, seguem-se as informações de iniciativas na área da saúde empreendidas desde então.

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS I), que contemplou os anos de 1998 a 2002 e acabou sendo prorrogado até 2007, preconizava “melhoria do acesso aos serviços de saúde; distribuição equitativa dos cuidados; descentralização do SNS; desenvolvimento de recursos humanos; melhor colaboração intersetorial” (GUERREIRO *et al.*, 2017, p.60). Na avaliação desse Plano entendeu-se que, embora parte das ações tivesse ficado comprometida pela instabilidade política e econômica, houve “ligeira melhora dos indicadores” (GUERREIRO *et al.*, 2017, p.60).

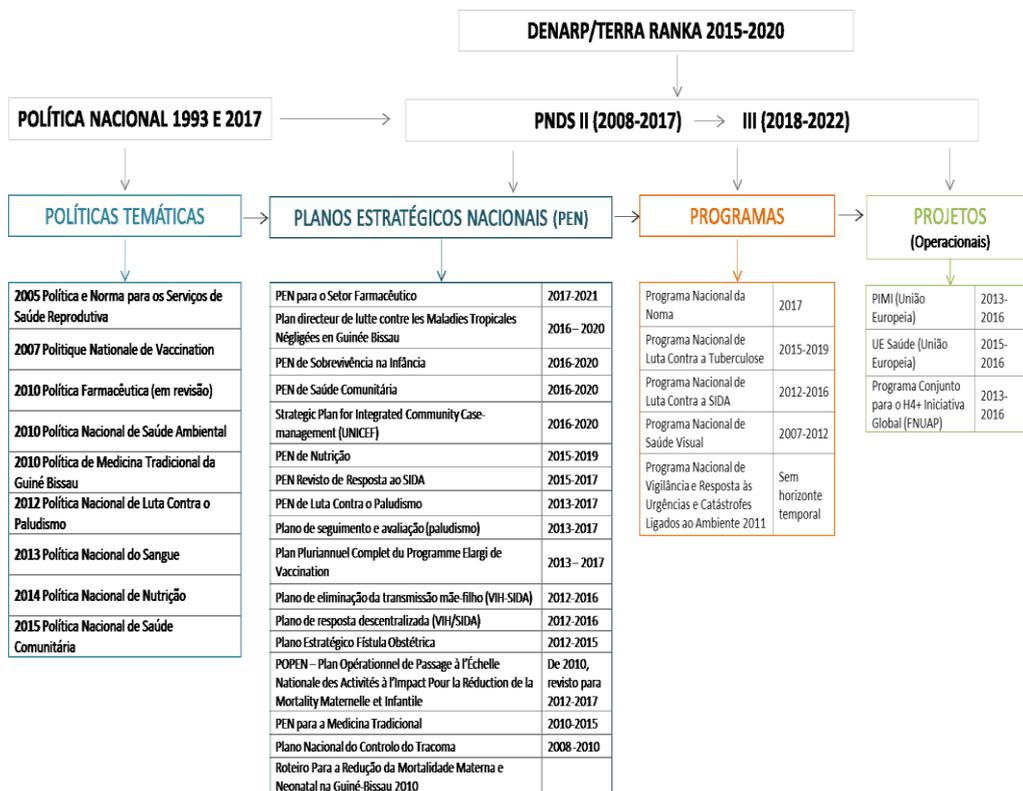
Já o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS II), correspondente ao período de 2008-2017, foi considerado um “documento ambicioso e didático, pouco operacional” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.11). Trazia como objetivo a obtenção de “Ganhos em Saúde”, visando o combate à mortalidade materno-infantil, e a ampliação do número de profissionais de saúde (enfermeiros e médicos). A avaliação desse PNDS mostrou que, apesar de avanços na promoção da saúde e monitoramento de cuidados essenciais, ele falhou nos aspectos de gestão: envolvendo fraca governança; descuido com a manutenção da infraestrutura; e não provisão de material e equipamentos (GUERREIRO *et al.*, 2017).

Em relação ao terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS III), vigente de 2018 a 2020 e orientado pelo Plano Estratégico Operacional do Governo Terra Ranka (2015 a 2025), pode-se afirmar que foi elaborado em momento de crise política. Sua criação foi pautada nas orientações da 1.ª Conferência Nacional de Saúde (2014), da Guiné-Bissau, as quais apontavam que: o Ministério da Saúde Pública deveria assumir a liderança no processo técnico e político da saúde e eleger o combate à pobreza como prioridade. Esse PNDS estava sintonizado com diretrizes emanadas de instituições e organismos internacionais e apresentava certo alinhamento de agendas com “parceiros financiadores” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.15).

Para se ter a dimensão do descaso do governo do país, de 2012 a 2018, os investimentos anuais do Estado destinados à saúde não ultrapassaram 9% (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.15). Muito embora constate-se tal situação e a dificuldade do MINSAP em fazer a gestão dessa complexa rede de serviços de saúde, o empenho na elaboração de políticas, planos, programas e projetos na área da saúde para o país não pode ser desconsiderado. Alguns segmentos governamentais em parceria com organizações e instituições globais, internacionais e nacionais têm mobilizado esforços, desde 1993, para garantir o direito à

saúde aos guineenses (GUERREIRO *et al.*, 2017). O quadro a seguir demonstra tal esforço conjunto.

Figura 2 - Políticas, Planos, Programas e Projetos de Saúde da Guiné-Bissau, desde 1993



Fonte: Adaptado de Guerreiro *et al.* (2017, p.59).

Ao descrever o Sistema Nacional de Saúde (SNS) nos próximos parágrafos, serão explicitadas as estruturas de gestão e de prestação de cuidados e, após, serão apresentados os quatro setores que fazem parte do cotidiano de assistência à saúde da população guineense: público, privado, convencionado e de medicina tradicional.

O SNS, no setor público, tem sua gestão em três níveis: central, regional e local; o nível central é “responsável pelas políticas e estratégias, regulamentos e fiscaliza as atividades [...] coordena ajudas externas” (SALLA *et al.*, 2019, 288). É gerido pelo Ministério da Saúde Pública (MINSAP) e pelas Direções de Serviço, que são responsáveis pela estrutura de prestação de cuidados do Hospital Nacional e Centros de Referência.

Ao nível regional cabe à gestão “traduzir as políticas nacionais em estratégias operacionais” (SALLA *et al.*, 2019, p.288); e sob sua responsabilidade estão os hospitais

regionais e Centros de Saúde. A gestão do nível local é feita a partir das Unidades de Saúde Comunitária (USC); Postos e Centros de Saúde; das estruturas de prestação de cuidados primários; dos Centros de Saúde; e das Unidades de Saúde Comunitárias (LIMA, 2018).

Em 1986 foi definida a pirâmide sanitária da Guiné-Bissau (figura 3), que vigora ainda hoje: o desenho da gestão do SNS apresenta 11 regiões sanitárias/regiões de saúde (distritos sanitários), as quais subdividem-se em 36 setores e um Setor Autônomo de Bissau (SAB), a capital do país. Essas 11 regiões subdividem-se ainda, em 114 Áreas de Saúde (AS), que seguem o critério de divisão geográfica variando entre 5.000 e 12.000 habitantes (GUERREIRO *et al.*, 2017).

Como dito, o setor público contempla os serviços de saúde do SNS, sob o comando do Ministério de Saúde Pública (MINSAP); já o serviço de saúde militar, vinculado ao Ministério da Defesa e os serviços de saúde prisionais, estão sob a tutela do Ministério da Justiça (GUERREIRO *et al.*, 2017). No que tange à execução dos serviços, os segmentos do SNS apresentam três níveis: comunitário/primário, secundário/especializado e terciário/nacional.

No nível primário, as Unidades de Saúde de Base preveem “serviços de 1.º contato”, e contam com Agentes de Saúde Comunitários (ASC) e parteiras tradicionais (EMBALÓ & ROUBERTE, 2018), sendo que em 2017 haviam 123 USB no país e, em 2017, delas 11 tinham fechado (GUERREIRO *et al.*, 2017). Há também os Centros de Saúde (CS) generalistas, cuja “área de cobertura é estendida através das equipes móveis da estratégia avançada” (EMBALÓ & ROUBERTE, 2018), que têm três tipos: A) Centro médico com centro cirúrgico, com cuidados mais complexos, que pode ser urbano ou rural; em 2014 haviam sete desses; B) Centro que deve contar com médico, mas nem sempre tem esse profissional disponível atendendo – haviam oito em 2014; e C) Centro de Saúde administrado por um enfermeiro-chefe gerindo Unidades de Saúde Comunitárias (USC) e Postos de Saúde – desses em 2014 haviam 108. (GUERREIRO *et al.*, 2019; LIMA, 2018).

Na estrutura há também os Centros de Saúde especialistas, que são Centros de Tratamento Ambulatorial (CTA), e configuram-se em espaços específicos do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA (PNLCS), funcionando em cada uma das regiões sanitárias. Entretanto, os resultados obtidos não têm sido muito bons dado à elevada taxa de abandono dos tratamentos e de óbitos. Os Centros de Reabilitação Nutricional (CRN) e os Centros Materno-Infantis (CMI), por sua vez, são majoritariamente administrados pela

Cáritas; e além deles, há o Centro de Saúde Mental (CSM), que foi destruído durante a guerra civil e ainda hoje tem dificuldade para recuperar suas instalações e atendimento (GUERREIRO *et al.*, 2017).

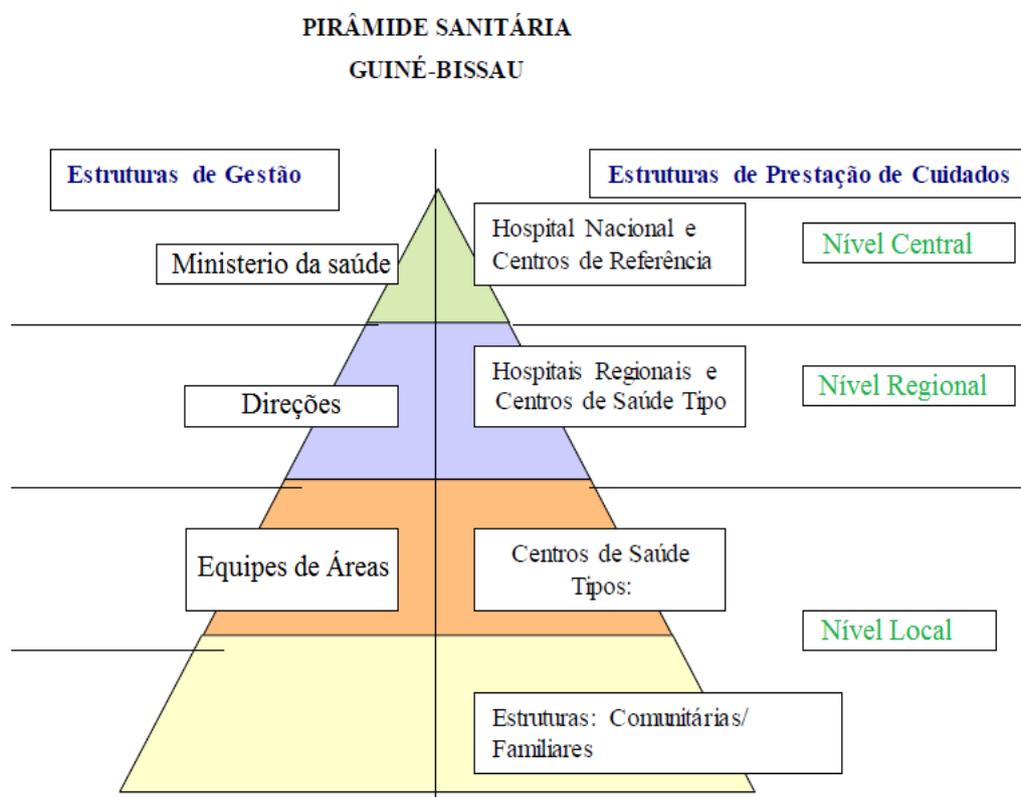
No nível secundário, existem cinco hospitais regionais em funcionamento (Bafatá, Canchungo, Catió, Gabú e Mansoa), porém, tanto as instalações como os equipamentos são precários; em alguns deles, a Cáritas tem uma extensão de trabalho para o público materno-infantil e neonatal. O nível terciário ou nacional é composto pelo Hospital Nacional Simão Mendes, que atende urgências, consultas e internações nas áreas de cirurgia, ortopedia, oftalmologia, pediatria e obstetrícia, mantendo os serviços de um fisioterapeuta e assistentes sociais (PEREIRA, 2015). Também pelo Centro de Saúde Mental/Psiquiátrico – que não dispõe de psiquiatra: conta apenas com 10 enfermeiros que foram capacitados na década de 1980 por um médico holandês (PEREIRA, 2015); e pelo Centro de Reabilitação Motora; todos situados na capital, Bissau.

No Sistema não há referência e contrarreferência entre os diferentes níveis de atenção e o usuário acessa diretamente os serviços, tanto pela emergência quanto pelos ambulatorios (GUERREIRO *et al.*, 2017, GUERREIRO *et al.*, 2019; PEREIRA, 2015). A Atenção Primária em Saúde (APS) tem como características o acesso universal, mas esse não é gratuito e tem dificuldade de cobertura (D’ALVA, 2004).

A inadequação da assistência é real e deve-se a vários problemas: faltam profissionais de saúde, equipamentos, material e instrumental; o financiamento é baixo e existem muitas dificuldades na gestão, que acabam levando à “falta de motivação do pessoal e à baixa produtividade” (GUERREIRO *et al.*, 2017, p.56). Cerca de 40% da população encontra-se a uma distância superior a 5 km das unidades de prestação de cuidados primários de saúde; ou seja, tal barreira de acesso atinge 66% da população (GUERREIRO, 2017; UN, 2020).

Para melhor entendimento, registre-se que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) apresenta formato piramidal, cujas estruturas de gestão e de prestação de cuidados – explicitadas nos parágrafos anteriores – são retratadas na figura a seguir.

Figura 3 – Pirâmide Sanitária da Saúde Pública da Guiné-Bissau



Fonte: Adaptado de Djico (2005, p.36).

O setor privado surge na década de 1990, na capital do país, para “utentes mais abastados” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.9), contudo não é expressivo (D’ALVA, 2004), uma vez que a população, majoritariamente, vive em estado de extrema pobreza ou pobreza absoluta, conforme já dito. Está concentrado na capital, mas também faz-se presente nas regiões de saúde, onde os médicos atuam nos hospitais regionais.

Não há mecanismos reguladores – nem legais, nem institucionais – que façam a integração e coordenação deste setor, tampouco o acompanhamento de registros e avaliação da real “contribuição para a saúde da população” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.13).

O setor convencionado¹² caracteriza-se pela parceria entre instituições profissionais (católicas e evangélicas) e ONGs (guineenses e internacionais) com o

¹² Há divergências entre autores no que diz respeito à classificação dos setores. Pala Embaló & Rouberte (2018) o privado divide-se em lucrativo e não lucrativo. No entanto, utilizou-se aqui a divisão feita por Guerreiro (2017; SALLA *et al.*, 2019) em: público, privado, convencionado e tradicional. Assim, o que Embaló & Rouberte (2018) colocam como privado não lucrativo é entendido, neste trabalho, como convencionado.

Ministério da Saúde Pública (MISAP), mediante protocolos que preveem as responsabilidades. A esse respeito Embaló & Rouberte, (2018) informam que tal convênio/parceria pode acontecer na construção e disponibilização de infraestrutura, na qualificação ou formação de profissionais, ou na oferta de equipamentos, materiais e mesmo de medicamentos (EMBALÓ & ROUBERTE, 2018). Nesses casos, o funcionamento e a manutenção dos serviços são assumidos pelas respectivas organizações; um exemplo disso é o Centro de Referência Nacional de Lepra de Cumura.

Outra possibilidade, também citada por Embaló & Rouberte (2018), são protocolos firmados entre o MINSAP com organizações confessionais, tais como Cáritas, Comunidade de Santo Egídio e Igreja Evangélica ou a de contratualização – como acontece com o Hospital de Mansoa –, cuja gestão é feita por uma ONG francesa. No caso deste a parceria se dá pela gestão, pois a receita gerada pelos serviços realizados é responsável diretamente pela manutenção da estrutura. A exemplo do que ocorre no setor privado, no convencionado também não há monitoramento e avaliação da atuação e, desta forma, não é possível dimensionar qual é o impacto dos serviços na saúde da população (GUERREIRO *et al.*, 2017).

As ONGs atuam de forma pouco articulada com o MINSAP e implantam seus próprios projetos; em 2008 haviam 16 ONGs com projetos de saúde comunitária, saneamento básico e segurança alimentar. Embora alguns esforços sejam testemunhados por relatórios ou mesmo pela literatura, ocorre que a ausência de coordenação central – associada à existência de vários atores – é geradora de certa “duplicação de prestação de serviços e programas verticais [para o tratamento de] (malária, AIDS e Tuberculose)” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.13).

Em que pese a literatura destacar a proximidade da atuação junto às comunidades mais vulneráveis – no caso das instituições confessionais e ONGs guineenses ou internacionais – tudo se dá de forma muito fragmentada. Como exemplo, registra-se que há casos em que “acaba o financiamento, as ONG vão embora e colapsa tudo” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.13). Nessa direção, Pereira (2015, p.41) faz, também, uma crítica ao dizer que “em Bissau encontram-se todos os projetos possíveis e imaginários, com uma infinidade de ONGs e um batalhão de funcionários”. A autora que realizou trabalho de campo no país, para sua tese, lança um questionamento: pergunta se a presença de tantas ONGs representa “efetivamente uma forma saudável de apoio ao desenvolvimento” da Guiné-Bissau, mas

constata pouca credibilidade nas ações governamentais, chegando a dizer que se as doações forem entregues aos agentes do governo elas podem não chegar à população.

Nessa perspectiva, Constantini *et al.* (2018, p.12) informam que Organizações da Sociedade Civil (OSC) assumiram o papel de provedoras de serviços nas áreas da saúde, educação e meio ambiente – as quais em alguns casos contam com financiamento internacional – e “tendem a substituir as administrações públicas, em vez de reforçá-las”. As análises desses autores somam-se às de Pereira (2015) e às de Guerreiro *et al.* (2019), quando argumentam que os projetos, além de verticais, são temporários e acabam gerando dependência entre a ONG que lidera e as que estão sob sua liderança.

Retomando a classificação dos setores de atuação no país, o foco agora é o setor tradicional que, para alguns autores “está por se caracterizar” (GUERREIRO *et al.*, 2017, p.57) e, para outros, trata-se da medicina tradicional composta “por curandeiros [sendo apontada] como a 1.ª linha de cuidados médicos na Guiné-Bissau” (SALLA *et al.*, 2019, p.288). Para entender esse apelo prioritário aos serviços da medicina tradicional, Guerreiro *et al.* (2019) reportam-se ao entendimento de Forrest (2019) sobre o fato de a sociedade guineense ser multiétnica – baseada em estruturas sociais ancestrais – sugerindo que, por esse motivo, a população legitima alternativas populares àquelas dispensadas pelas autoridades governamentais.

4.2.2 Da década de 1980 à independência em 1973

Para Pereira (2015, p.137) o legado dos portugueses, em termos de serviços de saúde, pode ser explicitado pela existência de “um serviço parcialmente gratuito, financiado pelos impostos e com um caráter curativo” que conta com sucesso na prestação de serviços graças aos médicos cubanos. Com a independência, o governo de Luís Cabral almejava organizar um sistema de saúde “com amplitude universal, nacional, gratuito embora fortemente dependente da ajuda internacional externa, com mais de 85% de financiamento do setor” (SALLA *et al.*, 2019), para atender as demandas da população guineense. Assim, procurou Portugal para obter cooperação e um dos pedidos foi o envio, para a Guiné-Bissau, de profissionais de saúde, principalmente médicos; contudo, a iniciativa resultou na ida de somente dez médicos e uma farmacêutica por breve período (PEREIRA & MOITA, 1976).

Em 1976 iniciaram no país as ações de “apoio técnico” com financiamento de organizações internacionais: Organização Mundial da Saúde (OMS), Banco Mundial (BM), Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e Cooperação Holandesa em parceria com o Ministério de Saúde Pública (MINSAP) (D’ALVA, 2004, p.3). Assim, a “Reforma da Intenção Primária” teve seu início, uma vez que propunha um grande desafio: “levar assistência à saúde às comunidades, contando com profissionais de saúde, que eram enfermeiros sobreviventes da guerra da independência” (GUERREIRO *et al.*, 2019, p.7).

Ao referirem-se às ações de planejamento desse país idealizado, Pereira e Moita (1976) vão dizer que o PAIGC, após a independência, apostou na cooperação com Cuba para formação e capacitação de profissionais da saúde, pois a Guiné-Bissau contava apenas com 2 médicos, 31 enfermeiros, 332 auxiliares de enfermagem, 6 parteiras e 16 técnicos. Outro autor, ao comentar sobre o período pós-independência e a ação do PAIGC, informa que “o projeto para construção de uma nova estrutura social que garantisse a melhoria de qualidade de vida digna para a nação” (BARROS, 2018, p.642) e as premissas de descentralização da saúde – de propiciar a saúde comunitária e de promover melhorias das estruturas nessa área – não conseguiram se efetivar (DE JONG *et al.*, 1987).

Em 1980, com o golpe de estado que derrubou o presidente Luís Cabral, o novo governo de João Bernardo Vieira Nino implantou uma política de cobrança de valores pelos serviços de saúde disponibilizados: hospitais, especialidades médicas e exames laboratoriais. Com valores de 15 pesos por uma consulta no centro de saúde, 25 pesos no hospital e 100 para especialidades médicas e exames laboratoriais, a população permaneceu (majoritariamente) desassistida. Para efeitos comparativos, De Jong *et al.* (1986) apresentam valores praticados pelos serviços terapêuticos realizados pelos curandeiros – os *djambacós* – que giravam em torno de 50 a 100 pesos; além de custos adicionais quando envolviam oferendas (galinha, cana e tabaco, por exemplo), que poderiam custar cerca de 1000 pesos¹³.

Foi na década de 1980, inclusive, que nasceu a pirâmide sanitária da Guiné-Bissau que vigora ainda hoje. Já em 1986, foi criado o Programa Alargado de Vacinação (PAV), financiado pela Aliança Global para a Vacinação, possibilitando maior eficácia de

¹³ O peso era a moeda da época, antes do país entrar na União Monetária dos Estados da África Ocidental (UEMOA); atualmente, não existe mais.

intervenções em Saúde Materna, Neonatal e Infantil (SMNI). O objetivo era melhorar as condições de saúde das mães e das crianças – a partir de cuidados primários de saúde – através do controle e acompanhamento do pré-natal e do pós-natal, bem como pelo acompanhamento do crescimento da criança, no primeiro ano de vida. Assim, ações de imunização/vacinação, de informação/educação e de comunicação em saúde foram realizadas nos postos de saúde; embora a oferta desses serviços varie de região para região e nem todos tenham tido atendimento necessário (GUERREIRO *et al.*, 2019).

As dificuldades de implantação e de implementação de serviço de saúde pública eficiente e eficaz, a partir da independência até 1990, podem ser entendidas a partir do contexto já descrito, no qual a realidade das tensões político-militares; as violências de diversas formas e os traumas decorrentes; e a pobreza extrema de grande parte dos guineenses; dentre outros graves desafios, deixaram a população refém dos problemas sanitários constantes no país. Autores vão afirmar que os movimentos político-militares fizeram com que fosse abandonado o “planejamento normativo protagonizado em 1984” (GUERREIRO *et al.*, 2017, p.60) pelo Ministério da Coordenação Econômica, à época.

Como guineense, considerando esse contexto, entende-se que é provável que a persistência do apelo às artes terapêuticas dos curandeiros, possa ser entendida a partir da precariedade descrita. Nesse caso, há que se considerar ainda, a proximidade da cosmovisão mágico-religiosa da população, àquela dos *djambacós* – o que pode, também, explicar tal apelo recorrente. Durante décadas, os *djambacós* praticaram uma série de atividades relacionadas aos processos de cura e à manipulação de plantas medicinais: eles viajavam de casa em casa, de aldeia em aldeia (as chamadas Tabanka) para curar as doenças e procuravam dar alento com o conhecimento que detinham.

Com base na observação e vivências acerca do apelo aos curandeiros por parte da população, entende-se que essa prática deve-se ao fato de que para os ancestrais daquele povo, a cura tradicional tem uma ligação muito forte com a terra, com os seres vivos e a própria natureza – o que é denominado de animismo. Pelos relatos que se ouvia no país, antes da colonização portuguesa, a organização social e cultural apoiava-se em rituais de cura com base no uso das plantas com propriedades terapêuticas.

Nesse período, destacam-se os trabalhos de instituições confessionais e uma delas é a católica Cáritas Guiné-Bissau¹⁴. Fundada em 1982, opera nas dioceses de Bissau e Bafatá, com 41 paróquias e missões em todo o país. Tendo como missão “servir os pobres e promover a caridade e a justiça em todo o mundo”, realiza suas atividades junto aos guineenses, as quais incluem “áreas de intervenção na saúde, treinamento, segurança alimentar, emergências e apoio a atividades geradoras de renda”.

A *homepage* da instituição Cáritas salienta o fato de ter “forte presença” no país e cita a sua atuação na área da saúde, enumerando sua estrutura: 24 centros de reabilitação nutricional – para monitoramento de crianças vulneráveis e apoio às mães; 1 centro de acolhimento para crianças em risco; 1 hospital pediátrico – a única unidade de saúde deste tipo na Guiné-Bissau; 1 hospital de hanseníase, que é referência nacional para o tratamento da hanseníase, HIV-AIDS e tuberculose; o Centro de Saúde Dom Settimio Ferrazzeta – com exames auxiliares de diagnóstico e pesquisas médicas; 1 projeto de medicina natural, incluindo pesquisa e produção de medicamentos naturais; 1 projeto de maternidade sem risco, que visa melhorar a saúde materna e reduzir a mortalidade infantil e materna; e o Departamento de AIDS com programa de educação nas escolas (CARITAS, sd).

Guerreiro *et al.* (2019, p.16), revendo argumentos da OMS, lembram que o “planejamento e a formulação de políticas em contextos frágeis impõem desafios complexos que exigem abordagens inovadoras”. Resta, portanto, conseguir compatibilizar as parcerias e as necessidades apresentadas pela população, o que ao longo dos anos nem sempre aconteceu na RGB – no caso da atuação de diferentes organismos.

4.2.3 Do período anterior à colonização e o colonial

A literatura, que trata do período anterior à independência, aponta que práticas terapêuticas (como o uso de raízes, ervas e folhas de plantas) eram largamente utilizadas como “técnicas na arte de curar os pacientes” (TURÉ, 2017, p.35). Esses elementos eram selecionados por meio de conhecimentos empíricos de curandeiros – *djambacós* como denominam os cristãos e *muro*, conforme os muçulmanos.

¹⁴ Disponível em: <<https://www.caritas.org/where-caritas-work/africa/guinea-bissau/>>.

A atual República da Guiné-Bissau foi colônia portuguesa do século XV a 1973. No século XVIII, foi estabelecido o governo no território da Guiné-Bissau (conhecido como Guiné Portuguesa/GP que era administrado por Cabo Verde, como parte do sistema português ultramarino. Já no século XIX, as principais funções do estado colonial eram a manutenção da “segurança pública interna, preservação da propriedade privada” (BARROS *et al.*, 2018, p.4). Nas primeiras décadas do século XX, a ocupação do território da chamada GP era quase nula: não havia interesse especial nela por parte da metrópole; diferentemente do que ocorria nas outras colônias que contavam com maiores investimentos (PEREIRA, 2015).

Mais tarde foram iniciadas intervenções sanitárias nas colônias, dentre as quais a GP, em função da epidemia da “doença do sono”¹⁵ em territórios ultramarinos, principalmente aqueles quentes e úmidos, propensos à propagação dos mosquitos, que são vetores da doença (CASTRO, 2013). Assim, combater essa doença, a malária, a tuberculose e ministrar a vacinação contra a febre amarela eram as políticas de saúde vigentes (PEREIRA, 2015). Castro (2013) informa que, em 1925, Portugal definiu uma agenda imperial com a atuação da medicina para a resolução de problemas práticos, o que transformou essa ciência em um “elemento estratégico para reforçar a predisposição dos nativos para aceitar a sua soberania” [da metrópole]; ou seja, a medicina passou a ser um instrumento de poder e de governança. Nos anos seguintes, a doença do sono como nova patologia exótica/tropical passou a ser estudada e, também, o seu enfrentamento em diferentes territórios coloniais portugueses da África Subsaariana, inclusive na GP a partir de registros oficiais de casos da doença no país.

Nesse contexto de descoberta de uma nova patologia, pesquisas e orientações médico-sanitárias acabaram por impor a criação da especialidade de Medicina Tropical. Com isso, instituições científicas passaram a influenciar políticas sanitárias das colônias (CASTRO, 2013). Importante registrar que a metrópole estava sob a ditadura salazarista, que durou 41 anos (de 1933 a 1974) e o ditador Antônio de Oliveira Salazar foi pressionado pela ONU, sendo obrigado a criar condições para atender a colônia “no sentido da descolonização”

¹⁵ Caracterizada por uma infecção, denominada Tripanossomíase Humana Africana (HAT, na sigla em inglês), causada por uma mosca (tsé-tsé) infectada que apresenta sintomas iniciais (febre, dores de cabeça e das articulações, coceira), podendo evoluir para sintomas graves (alterações de comportamento, confusão mental, causando distúrbios neurológicos graves). Médicos Sem Fronteiras (MSF) SF. Doenças do sono. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/o-que-fazemos/atividades-medicas/doenca-do-sono>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

(PEREIRA, 2015, p.45), o que fez com que respondesse à pressão internacional e, a partir daí até a independência, fossem desenvolvidas iniciativas a respeito.

Destaca-se o Decreto n.º 34173 do Ministério das Colónias (sediado em Lisboa), publicado em 06 de dezembro de 1944, que tratou, dentre outros, do “bem-estar físico e moral dos colonizadores, assim como [da] saúde dos indígenas”. Já o art.61 do capítulo II prevê que “a assistência médica ao indígena deve ser prestada com espírito da maior tolerância pela sua mentalidade, usos e costumes, facilitando-se aos doentes os meios de tratamento compatíveis com a permanência nas habitações familiares” (PEREIRA, 2015, p.43). Esse mesmo decreto, ao reconhecer a existência de práticas terapêuticas ancestrais, procura inibi-las por meio da seguinte recomendação legal: o “[...] médico procurará combater com energia, mas sem violência, as práticas supersticiosas e de feitiçaria que atentem contra a saúde e força dos indígenas ou contribuam para o delineamento das suas raças” (PEREIRA, 2015, p.43).

A partir de 1946 começaram a funcionar alguns postos de saúde e foi inaugurado o Hospital de Bissau, conhecido hoje por Hospital Civil Simão Mendes (HCSM), para onde eram enviados os doentes das colônias portuguesas na África. Ele foi importante local de estudos epidemiológicos, principalmente, sobre a doença do sono/tripanosomíase (PEREIRA, 2015). Na sequência, foi iniciada a construção do Leprosário na Cumura, atualmente funcionando como unidade de cuidados paliativos para HIV/AIDS e tuberculose, administrado por padres franciscanos italianos (PEREIRA, 2015). No ano seguinte, em 1947, foi criado um posto de saúde com maternidade, equipado com pessoal qualificado. Registre-se que, inicialmente, o atendimento em saúde era segmentado: os militares em missão recebiam atendimento em hospital próprio e os nativos no hospital civil.

Numa retrospectiva histórica, os principais pontos na política de saúde durante todos esses anos foram o combate à tripanossomíase (doença do sono), à malária (paludismo), à tuberculose, à varíola e à febre amarela; bem como os esforços para efetivar procedimentos relativos às imunizações (vacinas); lembrando que o quadro epidemiológico instalado deu visibilidade à região e despertou o interesse pela Medicina Tropical, conforme já salientado (CASTRO, 2013).

Então, durante a década de 1950, estudos sobre a tuberculose tornaram-se prioritários e, na década seguinte, foram destaques os investimentos na infraestrutura dos pavilhões de psiquiatria e do serviço de urgência, além do pavilhão para portadores de

tuberculose no Hospital Civil Simão Mendes em Bissau; bem como o enfrentamento às doenças endêmicas (PEREIRA, 2015). No começo dos anos 1970 foi construída a maternidade, foram feitas melhorias no Hospital Militar e criada a Escola de Auxiliares de Enfermagem (PEREIRA & MOITA, 1976). Nesse período, havia o Hospital Central da Guiné-Bissau, três hospitais regionais e seis postos de saúde no interior do país e a assistência médica era realizada quando esses profissionais deslocavam-se para o rural (PEREIRA, 2015).

A literatura registra que grande parte dos trabalhos assistenciais – na área social e de saúde – nessa época já eram realizados por instituições confessionais (missionários católicos) e que a saúde mental/psiquiatria funcionava no mesmo hospital – Central –, citado anteriormente, para prestar assistência para militares e também à população local, com psiquiatras recrutados, a fim de cumprir o serviço militar (PEREIRA, 2015). Em decorrência dos confrontos armados, que perduraram por mais de uma década (1963-1973) culminando com a independência, as patologias eram diferentes: dentre os militares, casos de depressão, provavelmente atribuídos ao distanciamento de familiares e à situação de guerra pela independência; e, dentre os guineenses, predominavam o paludismo cerebral e as anemias (PEREIRA, 2015). À época, denominadas como neuroses e alcoolismo, tais patologias são hoje reconhecidas como estresse pós-traumático (PTSD na sigla em inglês) e atingiam tanto militares como civis (PEREIRA, 2015).

Diniz *et al.* (2000, p.130) informam sobre esse período que “a estrutura dos serviços biomédicos estabelecidos foi determinada pelas exigências econômicas, sociais e políticas do governo colonial e não pelas necessidades de saúde da população guineense”. Também relatam que o povo foi excluído do sistema de ensino e da administração pública, assim, dentre os impactos sentidos, revelou-se a inexistência de quadros de profissionais preparados para assumir cargos ou conduzir o país após a independência.

Feita essa contextualização, o próximo capítulo tratará da medicina tradicional, cujas práticas terapêuticas persistem no tempo.

5 A MEDICINA TRADICIONAL: PRÁTICAS CURATIVAS PERSISTENTES NO PAÍS

No capítulo anterior, ao descrever os sistemas e serviços de saúde numa retrospectiva que perpassou três períodos históricos delimitados – da atualidade à época anterior à colonização – foi evidenciada a prática terapêutica, denominada modernamente

de medicina tradicional. No entendimento de Diniz *et al.*, (2000), referindo-se à República da Guiné-Bissau (RGB), a denominação deveria ser medicina nativa.

Pereira (2015, p.120) explica a recorrência da medicina tradicional nesse país, informando que as práticas de prevenção da doença, promoção da saúde e cuidados formam sistemas terapêuticos que refletem “determinada época e cultura”, logo, pode-se dizer que sejam “anteriores à medicina moderna”.

Relatório da ONU (2020) salienta que um dos temas prioritários para pesquisas e para atuação é o da medicina tradicional, além das doenças que caracterizam o perfil epidemiológico da população e do sistema de saúde do país. Como são várias as abordagens que pretendem compreender a recorrência a tal fenômeno – as práticas dessa medicina –, o que interessa aqui é descrever como ele ocorre, a fim de se ter maior entendimento para além das barreiras de acesso (linguísticas e econômicas), da abundância da flora, ou da cosmovisão/cosmologia que orienta a vida dos guineenses. Mas, em que consiste a medicina tradicional da Guiné-Bissau e como ela ocorre?

Desde antes da colonização portuguesa ocorre o apelo da população guineense à medicina tradicional, caracterizada pelo uso de chás, ervas e outros produtos, sendo que a atuação dos curandeiros/*djambacós* mantém-se até a atualidade. Sobre esse assunto, Diniz *et al.* (2000, p.152) salientam que os esforços foram em vão, referindo-se ao empenho da colonização portuguesa em acabar com tais práticas, argumentando que “com todos os instrumentos utilizados para impor o saber dominante nos territórios colonizados, os ditos saberes populares locais ou tradições persistiram de uma forma latente até a descolonização e depois dela”.

No capítulo anterior, foi explicitado que a medicina tradicional é um dos quatro setores do Sistema Nacional de Saúde (SNS) do país. Estudos de autores guineenses e de outros países que pesquisaram o tema – além de relatórios de organismos globais que citam tais práticas – foram as fontes, tanto bibliográficas como documentais que possibilitaram conhecer e entender o apelo de grande parte da população ao “principal sistema de cuidados de saúde e que costuma ter um papel preponderante para as populações” (PEREIRA, 2015, p.119).

São diversas as justificativas da literatura para o apelo a essa medicina, ou seja, que ela decorre: da vulnerabilidade econômica, reveladora do “fraco poder aquisitivo da população” (VALENTE, 2019, p.26); do fato de a “medicina oficial ser ‘pouco acessível’”

(SILVA, 2014, p.20); do não acesso aos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2000); da distância entre a população e os serviços, e a incapacidade de darem respostas pela falta de profissionais (TURÉ, 2017); da expressão/do consenso de ser um “hábito até hoje” (D’ALVA, 2004); pela identificação da população e conseqüente proximidade com as tradições e o modo de vida dos agentes da cura tradicional (PEREIRA, 2015); porque o país apresenta “vegetação abundante” (VALENTE, 2019, p.26).

Continuando as justificativas, sobre esse apelo: que seja resultante do fato de a sociedade guineense ser multiétnica, baseada em estruturas sociais ancestrais (GUERREIRO *et al.*, 2019); que ocorre pela “cultura ancestral” (SALLA *et al.*, 2019, p.288); pelo estabelecimento de relações de confiança – ser atendido por pessoa da comunidade, pois o médico é um profissional desconhecido e sem experiência (LIMA, 2018, p.8). Outro motivo pode ser a barreira linguística: o fato de o português ser a língua oficial utilizada pelos profissionais de saúde, mas o crioulo ser a mais falada por ser a “língua interétnica” (PEREIRA, 2015, p.37).

Pereira (2019, p.121) esclarece que o sistema de práticas terapêuticas da medicina tradicional na Guiné-Bissau está “alicerçado na cultura local no que diz respeito à saúde, causas de doenças, formas de cura e importância do grupo social para a cura”. Isto faz com que a população tenha a sua forma explicativa – ou modelos explicativos – sobre a etiologia das doenças, que pode apresentar correspondentes maneiras para seu tratamento. A autora conclui que tais modelos refletem “o sistema terapêutico suportado pelas crenças e mitos sobre as origens das diferentes doenças e o restabelecimento da saúde”.

Assim, essa visão da doença e da terapêutica-cuidado (tratamento para a cura) combina “profundamente os feitiços, a ervanária e os rituais mágico-religiosos (PEREIRA, 2015, p.121), que são praticados; tendo origem remota (DINIZ *et al.*, 2020, p.127). Indjai *et al.* (2010, p.4) informam que a “ervanária” é composta por folhas, raízes, cascas de árvores ou arbustos e mesmo ervas; os quais são preparados metodicamente por meio de “descasque, trituração, decocção e maceração”; sendo que em alguns casos não é necessária a manipulação. Dependendo da natureza das doenças apresentadas, a administração dos produtos terapêuticos pode se dar em formato de bebida (via oral); de maneira tópica; preparado para o banho; ou mesmo inalações (absorção por inspiração do vapor).

Sobre a influência da cultura na tríade saúde-doença-cuidado, Pereira (2019, p.96) vai dizer que quando se acredita que o mundo espiritual exerce influência sobre o mundo humano a “relação entre homens e espíritos é transposta para todas as áreas vivenciais e a saúde/doença tendem a ter uma explicação que para a perceber, é necessário entrar na cultura local”. Pode-se dizer que a população partilha da crença de que os profissionais da medicina oficial apresentam capacidade limitada para o tratamento de algumas doenças, as quais somente o curandeiro pode resolver.

Também para entender esse apelo prioritário aos serviços da medicina tradicional, Guerreiro *et al.* (2019) reportam-se ao entendimento de Forrest (2019) sobre o fato de a sociedade guineense ser multiétnica, baseada em estruturas sociais ancestrais, sugerindo que por esse motivo a população legitima alternativas populares àquelas dispensadas pelas autoridades governamentais.

Além das fontes consultadas serão trazidas logo a seguir, reflexões a respeito dessa questão, tendo em vista a vivência de algumas situações, e o fato de presenciar os conterrâneos utilizando a medicina tradicional em diferentes momentos de suas vidas. Com base na experiência mencionada, entende-se que ela é responsável pelo bem-estar da maioria da população guineense; procurada não apenas por aqueles que não têm condições de acesso a serviços de saúde, mas também por preferência e escolha própria, mesmo não sendo uma política implementada pelo Estado guineense.

Uma situação que se mantém é a dificuldade de acesso das pessoas, moradoras das zonas urbana e rural, uma vez que não existe serviço regular de transporte público. Moradores das aldeias, que são denominadas Tabancas, quando precisam ser socorridos, passam por dificuldades e impedimentos. Assim, os parágrafos a seguir apresentarão como ocorre o apelo às práticas curativas e como elas se justificam, segundo as fontes pesquisadas.

Para a população, a “boa saúde é geralmente compreendida em termos de relacionamento com os antepassados” (MENDES, 2018, p.130); e a constituição da doença traz consigo uma “experiência religiosa” (DINIZ *et al.*, 2000, p.144). Nesse sentido, Indjai *et al.* (2010, p.22) vão dizer que agentes da cura e doentes partilham de valores culturais, uma vez que ambos estão inseridos na mesma comunidade e a busca da cura, para ambos, “tem sentido holístico, no contexto sociocultural, natural e sobrenatural”.

Na RGB, segundo Pereira (2019, p.144) as doenças são “acontecimentos com contornos mágico-religiosos que requerem a intervenção de um curandeiro ou feiticeiro [...]” e a visão biomédica “dificulta a aceitação de uma perspectiva da doença onde a cultura tem um papel preponderante a desempenhar”. Desse modo, a autora sustenta que “os sistemas terapêuticos da Guiné-Bissau conseguem dar sentido ao sofrimento para que se encontre um caminho para a cura [...], segundo a cosmologia local” (PEREIRA, 2015, p.120).

Recorrer à história pode auxiliar na compreensão de práticas terapêuticas persistentes, uma vez que a religião tradicional – animista – prevalecia, antes da chegada do islamismo e do cristianismo, com a colonização. Na atualidade, dos três grupos sociais do país, as etnias animistas – Balantas, Manjacos, Papel, Mancanha, Bijagós e Felupes – correspondem a 60% da população: são os indígenas-africanos (PINTO, 2009); cuja cosmovisão é arraigada à tradição ancestral animista (PEREIRA, 2015).

Para os animistas, há a crença em um ser supremo, nos espíritos dos mortos e dos antepassados e nos fenômenos da natureza; todos devem ser respeitados uma vez que além da ajuda que pode ser dispensada, também oferecem proteção (PEREIRA, 2015, MENDES, 2018). Vale lembrar que a Guiné-Bissau também sofre a influência islâmica – foi islamizada pelos árabes almorávidas no século XII (MENDES, 2018) – contabilizando 35% de seu povo, majoritariamente, como muçulmano. Quanto ao grupo social dos cristianizados – o europeu, de influência europeia – somente 5% do povo o representa. Esses últimos, mais “abertos”, agregam tanto a medicina oficial quanto a tradicional no seu cotidiano, diferentemente dos animistas.

Dito isto, segue-se para o entendimento do tratamento de doenças – tanto físicas quanto mentais – realizadas pelo agente da cura da medicina tradicional como “prática ancestral que vigora na Guiné-Bissau” (TURÉ, 2017, p.31). Estudo realizado no arquipélago de Bijagós, junto a 13 curandeiros, majoritariamente idosos e sem escolaridade, disseram que atendem até 50 pacientes/mês (INDJAI *et al.*, 2010).

Talvez essas características possam ser um parâmetro para delinear o perfil dos curandeiros, um levantamento que seja representativo do fenômeno da medicina tradicional e dos seus agentes da cura. Detentores de poder que vão “além do simbólico [...] reconhecido como um poder mágico” (PEREIRA, 2015, p.124) e estão legitimados socialmente para intervir sobre os acontecimentos – doenças ou outros infortúnios –, sobre a vida e o mundo.

É preciso dizer que as crenças religiosas “inserem-se na linha das religiões tradicionais africanas, de contornos animistas [para as quais] existe um ente superior intangível, que é coadjuvado por numerosas entidades espirituais [...] com diferentes graus de poder, que podem ser corporizados em objetos de culto” (INDJAI *et al.*, 2010, p.19).

Esses autores explicitam as diferentes classificações dos denominados agentes da cura, a partir de estudos anteriores de Mencalli (1992), que apresenta três categorias: aquela formada por especialistas em plantas medicinais ou em técnicas para serem “consertadores de ossos, dentistas, [e os que fazem] massagens”, que são os curandeiros; os especialistas na religião e na cura com cerimônias, que são denominados de *djambacones*, *balobeiros*, *mouros*; e os que fazem uma combinação das duas categorias anteriores” (INDJAI *et al.*, 2010, p.22). Também citam as matronas, denominação específica para mulheres.

Pereira (2015, p.203) apresenta outras classificações dos agentes da cura, baseadas em estudo de Carreira (1961), quais sejam:

[...] os evocadores e invocadores de espíritos de antepassados, de deuses e de gênios (os ritualistas ou sacerdotes dos irãs); os adivinhos, botadores ou deitadores de sorte, dizedores ou profetizadores do futuro, curandeiros bruxos, confeccionadores de amuletos e de poções que têm a finalidade de defender os indivíduos do mau olhado, da acção invisível de inimigos vivos, [...]; e os curadores de males físicos (os mézinhos ou homens-medicina).

Por meio de rituais religiosos, consultas, rezas e oferendas (TURÉ, 2017) buscam respostas a partir de uma farmacopeia, reveladora da arte e da habilidade dos curandeiros em preparar medicamentos. Em relação a outras classificações – como a de curandeiros –, Pereira (2015, p.131) alerta que não há como categorizar curandeiros a partir de referencial “ocidental”.

Valente (2019, p.25) afirma que a prática da medicina tradicional é “puramente empírica” exercida por curandeiros que realizam “tratamentos de forma a equilibrar a parte emocional e social do doente e posteriormente a parte física, sempre com auxílio de plantas medicinais”. Tal tratamento se dá a partir dos sintomas que são verbalizados pelos doentes, sendo que as patologias/nosologias apresentadas são muito variadas: dores de cabeça e no corpo, dores de dente, diarreias, inflamações, febre, tosse, gripe, malária, picada de animais

peçonhentos, hipertensão, impotência sexual masculina, infertilidade feminina, facilitação do parto e dificuldades no aleitamento materno, distúrbios mentais, dentre outras (VALENTE, 2019; SILVA, 2014; INDJAI *et al.*, 2010).

A esse respeito, Indjaí *et al.* (2010) vão dizer que as dores são as queixas mais referidas e formam um vasto leque de doenças. Que essa sintomatologia – interpretação do conjunto de sinais e sintomas verbalizados pelo doente – não permite estabelecer uma classificação, tendo como referência o que a medicina oficial define como patologias.

Valente (2019) afirma que a Guiné-Bissau é o país africano que mais se vale da medicina tradicional, em que pese o fato de não contar com registros e documentação da sua flora. Turé (2017, p.36) salienta a necessidade de se fazer o registro desta flora, “a fim de garantir a preservação dos seus conhecimentos ancestrais”. Nessa direção, Diniz *et al.* (2000, p.10) também demonstram preocupação, uma vez que esse conhecimento não pode ser esquecido e, com a morte de curandeiros, ou com as limitações da memória corre-se o risco.

Como o conhecimento é empírico e oral, no que diz respeito à coleta e colheita de plantas, ervas e outros produtos – como “prática ancestral” (TURÉ, 2017, p.47) – os curandeiros recorrem ao aspecto e ao aroma das plantas “que possuem diferentes princípios ativos, tais como flavonoides e óleos essenciais” (TURÉ, 2017, p.36). Com propriedades farmacológicas, esses insumos terapêuticos podem mesmo conter flavonoides, que são compostos com ação antioxidante e antiinflamatória¹⁶, e/ou óleos essenciais, que são substâncias de origem vegetal sintetizadas pelas plantas; sendo que ambos proporcionam, por meio da aromaterapia, benefícios para a saúde e bem-estar físico e emocional¹⁷.

Assim, tratando-se de um conhecimento empírico, passado de geração em geração – ou de algum familiar próximo a outros (VALENTE, 2019; DINIZ *et al.*, 2008; INDJAI *et al.*, 2010) pressupõe-se que tenha certa maturidade. Contudo, pouquíssimos são os curandeiros que detêm conhecimento aprofundado sobre as propriedades terapêuticas das plantas (VALENTE, 2019; SILVA, 2014). Nessa direção, ao fazer um levantamento etnomédico na Guiné-Bissau, Diniz (2000) alertou que “algumas plantas com utilização frequente na

¹⁶ Disponível em:

<<https://www.google.com/search?q=o+que+s%C3%A3o+flavon%C3%B3ides%3F&oq=o+que+s%C3%A3o+flavon%C3%B3ides%3F&aqs=chrome..69i57j0i22i30i9.6321j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em 20 abril 2021.

¹⁷ Disponível em: <https://www.doterra.com/BR/pt_BR/what-is-an-essential-oil>. Acesso em: 20 abril 2021.

Medicina tradicional, após pesquisas científicas se revelaram compostos tóxicos, podendo ser responsáveis por novas doenças”.

Em relação ao custo dos tratamentos, a forma de pagamento vai depender do curandeiro: às vezes são pagos em dinheiro – com variação de 1 mil a 5 mil CFA¹⁸ – ou em produtos - “bens alimentares (galinhas, ovos, folhas de tabaco)”, mas segundo Indjaí *et al.*, (2017, p.4), também pode não haver cobrança.

Esses autores afirmam ainda, que as relações entre a medicina oficial e a tradicional são “marcadas por algum distanciamento e desconfiança mútua” (INDJAÍ *et al.*, 2010, p.22); embora em muitos momentos haja colaboração, a qual é identificada de duas formas: pela mediação de profissionais da saúde (enfermeiros) que proveem cuidados que implicam no uso de equipamentos e substâncias da biomedicina e/ou pela “transcrição de receitas da medicina tradicional e sua divulgação por religiosos” (INDJAI *et al.*, 2010, p.22). Nesse último caso, os autores referem-se às contribuições da instituição confessional Cáritas que realiza projeto de valorização e utilização de ervas na RGB. Quem pratica essas técnicas é conhecido como herbalista – mezinheiro – pessoa “com conhecimento de botânica e anatomia” que ministra ervas aos tratamentos (PEREIRA, 2015, p.135).

Instituições confessionais e outros organismos “tentam recolher, transcrever e adaptar as receitas tradicionais” (VALENTE, 2019, p.27). A Cáritas desenvolve um projeto de herboaria e segundo relatos de Pereira (2019, p.135), uma médica alemã – juntamente com irmãs da congregação Consolata – manipula em laboratório o preparo de diferentes ervas para as missões no país. De fato, ao estudarem o fenômeno das práticas terapêutica na Guiné-Bissau, autores afirmam que algumas plantas utilizadas pela medicina tradicional apresentam propriedades farmacológicas – atividade antibacteriana, antimicrobiana e antibióticas, podendo constituir-se em fármacos promissores para futuras pesquisas (VALENTE, 2019; DINIZ *et al.*, 2008; CUNHA, 2014).

Pereira (2015, p.126) alerta para a falta de competência cultural dos profissionais formados na lógica biomédica – e quem atua em ações de educação e de saúde em países multiétnicos, por exemplo – “para entender o outro na sua alteridade com suas doenças, na forma expressa e fala das suas emoções e frustrações”. Ou seja, a expressão dos sinais e sintomas externalizados pelo paciente, a necessidade de os profissionais de todas as áreas,

¹⁸ Valores em dólar U\$ 5, 59 – março de 2021.

principalmente da saúde e da educação, sensibilizarem-se para “lidarem com as questões culturais e *background* dos pacientes” (PEREIRA, 2015, 207).

Foi explicitado que o SNS é formado pelos setores público, privado, convencionado e o da medicina tradicional (SALLA *et al.*, 2019; GUERREIRO *et al.*, 2017); portanto, em que pese a falta de reconhecimento oficial desejado (PEREIRA, 2015) e do apoio governamental esperado (DINIZ, 2000), essa modalidade de assistência médica desenvolve suas ações de forma complementar e cooperada, atingindo cerca de 70% da população e mostrando sua contribuição positiva no Sistema (DJICÓ, 2005).

Nessa perspectiva, autores têm informado que a medicina tradicional vigora (RODRIGUES, 2014; TURÉ, 2017), embora tal procedimento terapêutico careça de legitimidade oficial, abordagem que este trabalho tem a intenção de destacar. Análises realizadas constataram, aliás, que “algumas das plantas utilizadas na medicina tradicional poderão ser usadas nos cuidados de saúde primários, através de tecnologias de transformação simples, ou ainda na indústria farmacêutica ocidental, como matéria-prima para o fabrico de medicamentos” (TURÉ, 2017, p.46).

Outro aspecto a observar é que, a exemplo de outros países africanos, os curandeiros, atualmente, aproximaram-se da medicina oficial fazendo uso de símbolos associados a essa (jalecos brancos, ambiente higienizado, administração de injeções). Pereira (2015, p.128) entende que esse movimento apresenta “um forte poder simbólico, pois associa ao processo de tratamento tradicional o poder curativo da medicina ciência, atribuindo um poder de cura superior ao dos curandeiros locais”.

Finalizando, pode-se dizer que, para os guineenses, a magia parece agir como uma “esperança na vida”, cujo papel é – dentre tantas tragédias, privações e adversidades – o de “ritualizar o otimismo do homem, aumentar a sua fé na vitória da esperança sobre o medo” (PEREIRA, 2015, p.122). Reportando-se aos estudos de Malinowsk (1948): o pensamento mágico alimenta o otimismo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, o objetivo geral foi conhecer os sistemas e serviços de saúde da Guiné-Bissau e a presença da medicina tradicional no tempo. Além disso, o compromisso assumido, por meio dos objetivos específicos, foi também descrever o país e a sua posição econômica e política no mundo; levantar as características: social, econômica e cultural da população; apresentar dados sobre morbidade e mortalidade populacional; descrever os sistemas e serviços de saúde da Guiné-Bissau; identificar a presença da medicina tradicional; levantar a atuação público-privada e de organizações internacionais; e abordar o direito à saúde da população. Nos parágrafos a seguir será feita explanação acerca desses objetivos que, entende-se terem sido alcançados.

O presente estudo, além das fontes documentais e bibliográficas, também contemplou percepções pessoais como forma de testemunhar a realidade corroborada pela literatura. No que diz respeito ao desafio da coexistência das duas medicinas: por muitas vezes houve o enfrentamento com certos conflitos internos entre a modernidade do conhecimento da medicina oficial – personificado por uma tia, que era enfermeira e com quem se conviveu alguns anos – e os saberes tradicionais – praticados a vida toda pela figura paterna, com quem se desfrutavam as férias escolares e os muitos chás e remédios em vidrinhos que pareciam encantados.

A República da Guiné-Bissau conquistou a independência de Portugal em 1973, após 11 anos de lutas que deixaram um legado de violências e, desde então, apresenta um ambiente de guerra civil e disputas internas político-militares. Tal contexto demonstra que o fenômeno da colonização e da dependência ainda não terminou, apenas são outros os países, tem outro estilo a dominação geradora de grande instabilidade política, precariedade econômica, pobreza, analfabetismo, e de altas taxas de morbimortalidade por causas evitáveis.

Nesse estudo, inclusive, identificamos algumas fragilidades: 1) Às relativas ao Sistema Nacional de Saúde (SNS) e demais serviços, caracterizando forte dependência de ajuda internacional de diferentes agências e organismos (multilaterais, bilaterais e ONGs); 2) O fato de o Estado não ser provedor de condições mínimas de cidadania – direito à saúde, à educação, ao saneamento básico e à habitação; 3) A ausência de serviços de saúde pública

ou precariedade da infraestrutura; além das barreiras de acesso (distância geográfica e linguística).

Como potencialidades foram identificadas: 1) A medicina tradicional praticada persistentemente por grande parte da população, destacando a ação de curandeiros, os *djambacós*; 2) A intensa atuação de organizações globais/multilaterais/bilaterais e profissionais que prestam assistência à população ou financiam ações – sem as quais o mínimo enfrentamento dos problemas de doenças emergentes e reemergentes não teria êxito; 3) Os temas “política e sistema de saúde” e “medicina tradicional” são apontados como prioridade nacional na agenda de pesquisa e por parte de organizações globais.

Destaca-se a persistência no tempo das práticas terapêuticas da medicina tradicional pelo fato de suprirem as lacunas assistenciais do SNS – inexistência de serviços, falta de acesso ou custo financeiro – e de outras organizações/instituições. Revelou-se ainda, que o apelo a essas práticas podem ser explicado pela cosmovisão do povo sobre a tríade doença-saúde-cuidado, que é mais próxima da população – diferentemente da abordagem dos profissionais de saúde, formados numa lógica biomédica.

Nesse sentido, evidenciou-se o fato de os curandeiros – *djambacós* – falarem a mesma língua da população (crioulo), o que propicia e garante a permanência das práticas terapêuticas ancestrais, num paradoxo com os profissionais da saúde da medicina oficial – que falam a língua portuguesa, portanto, restrita – e circulam, apenas, no mundo dos homens e mulheres – e não dos espíritos.

Existem formas diferentes, linguagens diversas e saberes múltiplos que podem ser complementares desde que respeitadas as expressões da vida, os valores e a cultura ancestral, essa última que a medicina científica, aparentemente, tem dificuldade em reconhecer.

REFERÊNCIAS

- ACCARDO, Alain. *Initiation à la sociologie de l'illusionisme social*. Bourdeaux: Éditions le Mascaret, 1983.
- AUGEL, Moema Parente. *O desafio do escombro. Nação Identidades e Pós-colonialíssimo na literatura da Guiné-Bissau*, 2007.
- BARROS, Antônio Evaldo Almeida; SILVA, Aylana, Cristina Rabelo; CARVALHO, Euclides Mendes de. Políticas Públicas como utopia para a Guiné-Bissau e a falácia da democracia. *Rev. Interdisciplinar em Cultura e Sociedade*. São Luis, v. 4, n. Especial, p. 635-646, Jul/dez. 2018. From:
<<http://www.pериодicoselétronicos.ufma.br/index.php.ricul/sociedade/article/view/10555/6156>>. Acesso em: 06 dez. 2020.
- BARROS, José Augusto Cabral de. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelo biomédico. *Saúde e Sociedade*, 11(1): 67-84, 2002. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/8.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BOBSIN, Oneide. Etiologia das doenças e pluralismo religioso. *Estudos teológicos*. São Leopoldo. 2003; 42: 21-43. Disponível em:
https://www.3.est.edu.br/publicações/estudos/_teologias/vol4302_2003_et2003_2obob.pdf. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- BOURDIEU, Pierre. *A Economia das Trocas Simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 1983.
- BUCAL, Vladimir. A construção da sociedade civil em Guiné-Bissau: O caso do movimento dos cidadãos conscientes e inconformados (MCCI). *Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB*. 2015. Disponível em:
<https://www.editorarealize.com.br/revistas/joinbr/trabalhos/TRABALHO_EV124_MD4_SA65_ID1078_12072019001317.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2019.
- BULAMAH, Rodrigo Charafeddine. Um lugar para os espíritos: os sentidos do movimento desde um povoado haitiano. *Cadernos Pagu*. 2015;45:79-119. Disponível em:> <https://www.scielo.br/pdf/cpa/n45/0104-8333-cpa-45-00079.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- BUSS, Paulo Marchiori; FERREIRA, José Roberto. Ensaio crítico sobre a cooperação internacional em saúde. *RECIIS- Ver. Eletr. Com. Inf. Inov.* Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 93-105, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.3395/recisis>>. Acesso em: 06 abr. 2021.
- CÁ, Agostinho. *Prioridades nacionais de pesquisa para saúde na Guiné-Bissau*, 2013. Disponível em:< <http://www.cohred.org/wp-content/uploads/2012/09/Prioridade-Nacionais-de-pesquisa-para-saude-na-Guine-Bissau.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2020.

CARAPINHEIRO, Graça Maria Golveia da Silva. Paradoxos e contradições na saúde sob o efeito das pressões globais: o caso do espaço geopolítico Portugal-Brasil-África. *Interface (Botucatu)* v. 23, 7. P. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scileo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832019000100100&tIng.> Acesso em: 20 dez. 2020.

CÁRITAS. Disponível em: <<https://www.caritas.org/where-caritas-work/africa/guinea-bissau/>> Acesso em: 20 mar. 2021.

CARVALHO, Isabel Cristina Moura. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre, ano 9, n. 19, p. 283-302, julho de 2013. <<https://www.scielo.br/pdf/ha/v9n19a11.pdf>.> Acesso em: 20 mar. 2020.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOBAR, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012, p. 121-142).

CASTRO, Ricardo Motta Veiga Themudo de. A Escola de Medicina Tropical de Lisboa e a Afirmação do Estado Português nas Colónias Africanas (1902-1935), Tese de Doutorado, Faculdade de Ciência e Tecnologia (FCT), Universidade NOVA de Lisboa, 2013. 165 p. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/12163/1/Castro_2013.Pdf>. Acesso em: 31 mar. 2021.

CATEIA, Júlio Vicente Veloso. Determinantes das Exportações de Castanha de Caju da Guiné-Bissau (1986-2011): uma análise sob a ótica do modelo de gravidade de Bergstrand.

Dissertação de Mestrado, Santa Maria, Rs, 2016. Disponível em:<<http://www.repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/6626/CATEIA%2c20JULIO%20VICENTE.pdf?sequence=1&isallowedy.>>. Acesso em: 08 dez. 2020.

CATEIA, Júlio Vicente; VELOSO, Gilberto de Oliveira; FEISTEL, Paulo Ricardo. Determinantes das Exportações de Castanha de Caju da Guiné-Bissau (1986-2011): uma análise sob a ótica do modelo de gravidade de Bergstrand. Paraná, 2019. Disponível em:<

<http://www.scielo.br/pdf/resr/v56n4/1806-9479-resr-56-04-583.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2020.

CONSTANTINI, Gianfrancesco; UMBAR, Roque; EMBALÓ, Hawa, Ewa. Mapeamento da sociedade civil da Guiné-Bissau. Contrato nº 2017/386023. Relatório Final, Guiné-Bissau, 2018. em: <[https://www.eeas.](https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/mapeamento_sociedade_civil_gb_relatorio_Disponível_final_1pdf)

[Europa.eu/sites/default/files/mapeamento_sociedade_civil_gb_relatorio_Disponível_final_1pdf](https://www.eeas.eu/sites/default/files/mapeamento_sociedade_civil_gb_relatorio_Disponível_final_1pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2021.

D'ALVA, Marilene Gomes Menezes. Saúde da família na Guiné-Bissau: estudo de implementação na região sanitária de Bafatá. *Caderno de Saúde Pública*, Guiné-Bissau, 2004. Disponível em: <https://www.ces.uc.pt/lab/2004inscrição/painel10MarileneDalvappdf>>. Acesso em: 07 fev. 2020.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. Unic-Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://www.sigas.pe.gov.br/filles/04092019102510-declaracao.universal.dos.direitos.humanos.pdf>>. Acesso em: 07 fev. 2020.

DE JONG, J. T. V. M; DE KLEIN, G. A. J; TEN HORN, S. G. H. M. (1986). A baseline study on mental disorders in Guinea Bissau. *British Journal of Psychiatry*, v.4, p. 27-32.

DE JONG, J. T. V. M; DE KLEIN, G. HORN, T. Estudo básico sobre perturbações mentais no país. Guiné-Bissau, 1987.

DINIZ, Maria Adélia; MARTINS, Eurico Sampaio; GOMES, Elsa; SILVA, Olga. Contribuição para o conhecimento de plantas medicinais da Guiné-Bissau. *Portugaliae ActaBiologica*, n.19, p. 417-427, Lisboa, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/28178700_Contribuicao_para_o_Conhecimento_de_Plantas_Medicinais_da_Guine-Bissau>. Acesso em: 19 aug. 2020.

DOMINGOS, Luís Tomás. A complexidade da dimensão religiosa da medicina africana tradicional. *Mneme-Revista de Humanidades*. Caicó, v. 15, n.34, p.167-189, jan/jul 2015. Dossiê Religiões Afro-brasileiras.

DJICÓ, Mamadu. Política de recursos na administração pública em Guine-Bissau: uma proposta de sustentabilidade para o sistema de saúde. 2005. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34472>. Acesso em: 07 fev. 2020.

EMBALO, Fatima Binta. ROUBERTE, Emlia Soares. Chaves. Sistema Nacional de Naúde da Guiné-Bissau. Fortaleza, 2018. Disponível em: < <https://docplayer.com.br/111027473-Sistema-nacional-de-saude-da-guine-bissau.html>>. Acesso em 20 dez 2020.

FIALHO, José. A eficácia simbólica nos sistemas tradicionais de saúde. *Cadernos de Estudos Africanos*, 4, 2003. Desenvolvimento e Saúde em África.1-12.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; GIOVANELLA, Ligia. Sistemas de Saúde, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, Ligia; ESCOBAR, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, José Carvalho; CARVALHO, Antonio Ivo. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2012, p. 89-120.

LOYOLA, Maria Andreia. Médicos e curandeiros: conflito social e saúde. São Paulo: Difel, 1984.

LUZ, Madel T. As novas formas da saúde: práticas e representações culturais na sociedade contemporânea. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v. 9, p.8-19, 2008.

GIL, A.; C.; Como elaborar projetos de pesquisa. - 4. ed. -São Paulo: Atlas, 2002. Disponível em: <<https://www.docente.ifrn.edu.br/mauriciofacanha/ensino-superior/redacao->

[cientifica/livros/gil-a.-c.-como-elaborar-projetos-de-pesquisa.-sao-paulo-atlas-2002./view>](#). Acesso em: 11 fev. 2020.

GUERREIRO, Cátia Sá; HARTZ, Zulmira; NEVES, Clotilde; FERRINHO, Paulo. Formação de Recursos Humanos em Saúde na República da Guiné-Bissau: Evolução das Estruturas e Processos num Estado Frágil. Ata médica Portuguesa. Universidade Nova de Lisboa: Portugal, v. 31, p. 742, dez. 2018. Disponível em: <https://www.pdfsemanticscholar.org/416c/58bd61390b353ee7406ff3530855f1e24c9c.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

GUERREIRO, Cátia; Silva; Silva, Augusto Paulo; Cá, Tomé; Ferrinho, Paulo. (2017). Planeamento estratégico no setor da saúde da Guiné-Bissau: evolução, influências e processos: Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, v. 16, n. 1, p. 47-60. Disponível em: <https://www.anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/12>. Acesso em: 30 mar. 2020.

GUERREIRO, Cátia Sá; FERRINHO, Paulo; HARTZ, Zulmira. (2018). Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Saúde debate | Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p. 549-565, Jul-Set.

GUINÉ-BISSAU. Memorando Economia do País. Terra Ranca. Um novo começo. Relatório NGW. Relatório do Banco Mundial, 2015. Disponível em: <https://www.docplayer.com.br/amp/28302893-Guine-bissau-memorando-economico-do-pais-terra-ranca-um-novo-comeco-relatorio-n-gw-12-de-janeiro-documento-do-banco-mundial.html>. Acesso em: 08 jan. 2020.

GUINÉ-BISSAU. Assembleia Nacional Popular. Constituição da República, Dezembro, 1996. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/78674832/CONSTITUICAO-DE-GUINE-BISSAU>. Acesso em: 08 dez. 2020.

GUINÉ-BISSAU. 4ª Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva e Inquérito por Amostragem aos Indicadores Múltiplos. Direção Geral do Plano/ Instituto Nacional de Estatística. 2010. 313 p. Disponível em: <http://www.stat-guinebissau.com/nada41/index.php>. Acesso: 04 dez. 2019.

INDJAÍ, Bucar; CATARINO, Luís; MOURÃO, Dora. Mezinhas de Orango: plantas medicinais e pessoas na Ilha da Rainha Pampa. Bissau: Instituto da Biodiversidade e das Áreas Protegidas (IBAP), 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/257311628_mezinhos_de_Orango. Acesso em: 05 abr 2021.

LEAL, Fernanda; MORAES, Mário Cesar; Barreto. (2018). Decolonialidade como epistemologia para o campo teórico da internacionalização da Educação Superior. Arquivos Analíticos de Políticas Educativas, v. 26 n, 87. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.14507/epaa.26.3026>. Acesso em: 09 fev. 2020.

LIMA, Helena. Relatório final Guiné-Bissau agosto de 2017 – revisado em abril de 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/Valdemira/Downloads/CPLP_GUIN%C3%89-BISSAU_2018.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2020.

MACHADO, Maria Helena; XIMENES-NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Gestão da Educação e do Trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6): 1971-1980, 2018.

MANOEL, Jones; LANDI, Gabriel (Orgs.). *Revolução Africana: uma antologia do pensamento marxista*. Autonomia Literária, 2020.

MATOS, Izabella Barison. O itinerário terapêutico: as práticas curativas de agricultoras de Joaçaba (SC). *Revista Grifos*. Chapecó: Editora Grifos, 2000, 102-124.

MENDES, Irina. A prática do uco: cosmo-ontologia manjaco sobre materialização do corpo na diversidade corporal. 2018. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180940/001072897.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

MENEGHEL, Stela Nazareth. *Epidemiologia: exercícios e anotações*. Coleção Escola de Saúde Pública (ESP). Série Vigilância em Saúde. Porto Alegre; ESP, 2008.

MINAYO, Maria; Cecília; de Souza. (2013) O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. n, 14, jan-jun, 2014.

MONTERO, Paula. *Da doença à desordem: a magia na umbanda*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

NAMONE, Dabana; TIMBANE, Alexandre; António. Consequências do ensino da língua portuguesa no ensino fundamental na Guiné-Bissau 43 anos após a independência. *Mandinga – Revista de Estudos Linguísticos*. Redenção-CE, v. 01, n. 01, p. 39-57, jan./jun. 2017.

<https://www.researchgate.net/publication/313655552_consequencias_do_ensino_da_lingua_portuguesa_no_ensino_fundamental_na_guine-bissau_43_anos_apos_a_independencia>. Acesso em: 09 fev. 2020.

OCDE- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E O DESENVOLVIMENTO ECONÓMICO. Relatório sobre A intervenção internacional em estados frágeis. República da Guiné-Bissau, 2011. Disponível em: ><https://www.oecd.org/countries/guinea-bissau/48899975.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Escritório Regional para a África. Saúde das pessoas: o que funciona: Saúde das Pessoas; Relatório Sobre a Saúde na Região Africana. 2014. Disponível em: <<https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178167/9789290340737.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 13 nov. 2019.

PEREIRA, Maria Natália Azevedo. Cosmóvisão e Biomedicina na Guiné-Bissau. Leituras à Depressão: Tese (Doutorado) Lisboa, Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia e Sociologia, doutoramento em Psicologia, 2015. Disponível em: <<https://www.repositorio.ual.pt/bitstream/11144/1857/1/Tese.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

PEREIRA, Luisa Teotônio; MOITA, Luis. Guiné-Bissau: 3 anos de independência. Lisboa: Edição CIDAC, Coleção Africa em Luta, 1976.

PINTO, Paula. Tradição e modernidade na Guiné-Bissau: uma perspectiva interpretativa do subdesenvolvimento: Dissertação (Mestrado), Porto, 2009. Disponível em:< <https://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23213/2/tesemestpaulapinto000093779.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2020.

RELATÓRIO SOBRE A SITUAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS NA GUINÉ-BISSAU. Liga Guineense dos direitos Humanos, Guiné-Bissau, 2013-2015. Disponível em:<http://fecong.org/pdf/crianca/Relatorio%20sobre%20DH%20GB%202013_2015.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

RODRIGUES, Adulai Gomes. Sistema de Informação Hospitalar Informatizado na Guiné-Bissau: Contribuição para melhoria de qualidade de dados clínicos na Guiné-Bissau. 7ªed. Porto. Nov. 2014. Disponível em: <https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=32952>. Acesso em: 20 fev. 2020.

SALLA, Marcio Ricardo; SÁ, Elias; FERREIRA, Pedro; Augusto; Silva; Costa; MELO, Nagéla; Aparecida de. Relação entre saneamento básico e saúde pública em Bissau, Guiné-Bissau. Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Engenharia Civil. Departamento de Hidráulica e Saneamento. Uberlândia, Saúde Soc. São Paulo, v. 28, n. 4, p. 284-296, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v28n4/1984-0470-sausoc-28-04-284.pdf>>. Acesso em: 25 abri. 2020.

SCHRAMM, JMA, MENEGHEL SN, KASTRUP E, FERLA AA, CECCIM RB. Organizações Não Governamentais na cooperação Internacional com o Haiti. In: Roman DJ, Matos, Izabella Barison (Orgs.). Imigração haitiana: perfil, ambientação social e organizacional no oeste catarinense, política migratória e aspectos da história do Haiti. Joaçaba: Editora UNOESC, 2018, p. 111-128. Disponível em: <http://www.unoesc.edu.br/editora/livros-single/e-book-gratuito-imigracao-haitiana-perfil-ambientacao-social-e-organizaci> Acesso em 20jun2019.

SILVA, Abner; Eútequio; Benício da. As organizações não governamentais na Guiné-Bissau: diagnóstico do processo de avaliação dos projetos sociais. Departamento de Ciências da Administração. Trabalho de Conclusão de Curso. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<https://www.repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/166444/TC%20-%20Abner%20Eut%20a9quio%20Benicio%20da%20Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 04 jan. 2020.

SILVA, Liliana Catarina Nunes e. Plantas Medicinais Da Guiné-Bissau: estudo da sua atividade biológica e caracterização química. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências Biomédicas) – Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2014.

Disponível em:

<<https://run.unl.pt/bitstream/10362/19194/1/Plantas%20Medicinais%20da%20Guin%C3%A9.pdf>>. Acesso em: 26 aug.2020.

TURÉ, Jorge. Plantas Medicinais Utilizadas na Guiné Bissau para o Tratamento da Malária. Coimbra, 2017. Disponível em:<

<https://eg.uc.pt/bitstream/10316/83637/1/Final%20Jorge%20Tur%C3%A9.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2020.

UNIOGBIS. Gabinete Integrado das Nações Unidas para a Consolidação da Paz na Guiné-Bissau: secção de direitos humanos (uniogbis-sdh)-acnudh. Relatório sobre o direito à saúde na Guiné-Bissau, 2017. Disponível em:

<<https://www.ohchr.org/EN/Countries/AfricaRegion/Pages/GWIndex.aspx>>. Acesso em: 11 set. 2019.

UNITED NATION (UM). Together, we build Peace: a history of peacebuilding in Gueine-Bissu. Legacy Books. UNIOGIBS. 2020.

VALENTE, Claudia Heitor de Matos Chambel. Fracionamento e identificação de composto de extrato de plantas medicinais da Guiné-Bissau com atividade biológica. Dissertação de Mestrado em Parasitologia Médica. Universidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa/Portugal, junho 2019.

VIACAÇA, Francisco; UGÁ, Maria Alicia Domingues; PORTO, Silvia; LAGUARDIA, Josué; MOREIRA, Rodrigo da Silva. Avaliação de desempenho de sistemas e saúde: um modelo de análise. Ciência & Saúde Coletiva, 17(4):921-934, 2012.

WHO. World Health Organization. Tradicional Medecine Strategie. 2014-20123, Geneva: WHO, 2013. Disponível em: file:///C:/Users/note/Downloads/9789241506090_eng.pdf. Acesso em: 20 dez.2020.

WOOLLACOTT, Jonh. A luta pela libertação nacional na Guiné-Bissau e a revolução em Portugal. Análise Social, vol. xix (77-78-79), 1983-3.º, 4.º 5.º, 1131. Disponível em: <<http://www.analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223466050T4kAK2od2Ar67WH4.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2020.