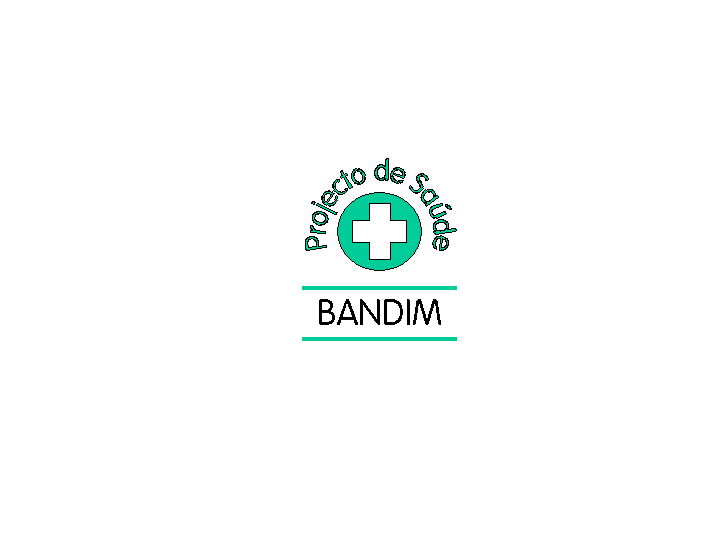
****

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

Ministério da Saúde Pública Projecto Saúde Bandim

**Pesquisa-ação sobre paridade de género a nível comunitário**

Patrocinado por:

NFC, Fundo Global para o Paludismo através da PNUD

Projecto Saúde Bandim

Junho 2019

Índice

[Abreviaturas 4](#_Toc14446780)

[Lista de tabelas 5](#_Toc14446781)

[Lista de gráficos 5](#_Toc14446782)

[Lista de quadros 5](#_Toc14446783)

[Resumo 6](#_Toc14446784)

[1. Introdução 8](#_Toc14446785)

[2. Objetivos 9](#_Toc14446786)

[3. Descrição da política de desenvolvimento das atividades comunitárias e Agentes de Saúde Comunitária 9](#_Toc14446787)

[4. Métodos 9](#_Toc14446788)

[4.1. Desenho, população do estudo e procedimentos 9](#_Toc14446789)

[5. Resultados 11](#_Toc14446790)

[5.1. Resultados da componente quantitativa 11](#_Toc14446791)

[5.1.1. Caraterísticas da amostra 11](#_Toc14446792)

[5.1.2. Processo de seleção dos ASC e conhecimento de tarefas 12](#_Toc14446793)

[5.1.3. Motivação para ser agente de saúde comunitária 14](#_Toc14446794)

[5.1.4. Perceção sobre a paridade de género 15](#_Toc14446795)

[5.2. Resultados da componente qualitativa 17](#_Toc14446796)

[5.2.1. Amostra 17](#_Toc14446797)

[5.2.2. Motivações para ser ASC 17](#_Toc14446798)

[5.2.3. Os aspetos positivos e negativos no trabalho dos ASC na sua opinião 17](#_Toc14446799)

[5.2.4. Trabalhar com outros membros da comunidade 18](#_Toc14446800)

[5.2.5. O abandono da posição 18](#_Toc14446801)

[5.2.6. O processo de seleção e os critérios para ser um ASC 19](#_Toc14446802)

[5.2.7. Desequilíbrio de gênero do ASC 19](#_Toc14446803)

[5.2.7.1. Razões para o desequilíbrio de género do ASC nas regiões 19](#_Toc14446804)

[5.2.8. Razões para a diferença no desequilíbrio de gênero: regiões vs. SAB 20](#_Toc14446805)

[5.2.9. Preferências de gênero 21](#_Toc14446806)

[5.2.10. Sugestões para encorajar mais mulheres a trabalhar como ASC 21](#_Toc14446807)

[6. Conclusão 22](#_Toc14446808)

[7. recomendações 22](#_Toc14446809)

[7.1. Referências 24](#_Toc14446810)

[7.2. ANEXOS 25](#_Toc14446811)

[8. Plano de Ação 25](#_Toc14446812)

Abreviaturas

|  |  |
| --- | --- |
| AF | Agregados Familiares |
| ASC | Agente de saúde comunitária |
| CCM | Comissão de Coordenação Multissectorial de Luta contra o Paludismo, Tuberculose e VIH |
| CNES | Comité Nacional de Ética na Saúde |
| DEFF | Coeficiente para Correção pelo Efeito de Desenho por Conglomerado |
| ERS | Equipa Regional de Saúde |
| DSSCPMT | Direção de Serviços de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional |
| FGD | Grupos de Discussão Focal |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INASA | Instituto Nacional de Saúde Pública |
| MINSAP | Ministério de Saúde Pública |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| iCCM | Manuseamento Integrado de Casos na Comunidade |
| PFE | Práticas Familiares Essenciais |
| PNLP | Programa Nacional de Luta contra o Paludismo |
| POPEN | Plano Operacional de Implementação à Escala Nacional de Intervenções de Alto Impacto na Redução da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantojuvenil |
| PSB | Projecto Saúde Bandim |
| SAB | Setor Autónomo de Bissau |
| UNDP | United Nations Development Programme |
| UNICEF | Organização das Nações Unidas para a Infância |
| VBEC | Vigilância Baseada em Eventos na Comunidade |

Lista de tabelas

*Tabela 1. Inclusão dos entrevistados por categoria.*

*Tabela 2 – Critérios de seleção dos ASC*

*Tabela 3 – Para quem trabalham os ASC*

*Tabela 4 – Conhecimento das principais tarefas dos ASC*

Lista de gráficos

*Figura 1. Estado civil dos participantes por região.*

*Figura 2 – Fatores de motivação ou desmotivação para trabalhar como ASC*

*Figura 3 – Fatores de motivação ou desmotivação para trabalhar como ASC*

*Figura 4 – Principais determinantes de maior número de indivíduos do sexo masculino ou feminino a trabalhar como ASC*

*Figura 5 – Justificação da opinião de haver mais ASC do sexo masculino ou feminino.*

*Figura 6 – Intervenções para aumentar o número de ASC femininos.*

Lista de quadros

*Quadro 1: Trabalhar com outros membros da comunidade*

*Quadro 2: Razões para o desequilíbrio de gênero nas regiões*

**Resumo**

O Ministério da Saúde Pública através da Direção de Serviço de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional em colaboração com os seus parceiros tem utilizado agentes de saúde comunitária (ASC) para a extensão dos cuidados primários de saúde às populações. Através deste tem levado práticas consideradas de alto impacto na morbilidade e mortalidade. Contudo, a participação feminina no corpo dos agentes fica muito longe da paridade almejada com um rácio de agentes de saúde comunitária do sexo masculino de 4,03 por cada um feminino. Na perspetiva de aumentar progressivamente a proporção de ASC do sexo feminino para 30% em 2020, o Fundo Mundial financiou a atual pesquisa-ação no sentido de conhecer a perceção e ações a desenvolver para o efeito.

Este estudo qualitativo com componente quantitativa foi realizado de Novembro a Dezembro de 2018 nas regiões de Bafatá, Oio e SAB na Guiné-Bissau. Foram aplicadas entrevistadas semiestruturadas a instituições sanitárias, ONG, parceiros e representantes comunitários, bem como discussão de grupo focal com ASC e não ASC feminino e masculino. No inquérito quantitativo foram incluídos 557 ASC e não ASC de ambos os sexos.

Esta pesquisa mostra que o desequilíbrio de gênero dos ASC nas regiões da Guiné-Bissau está altamente ligado ao estatuto social de uma mulher nas tabancas na Guiné-Bissau, e uma preferência cultural masculina para a tomada de decisões. Desde a infância, o sexo masculino é priorizado, demonstrado pelo maior nível de escolaridade dos homens em relação às mulheres das comunidades. São os homens que detêm o poder de decisão na casa e na comunidade, em que tudo deve passar pelo marido ou por um comité dominado pelos homens. O papel da mulher é mais domesticado e focado no trabalho comercial, como a venda no mercado, para gerar renda familiar.

O comité de seleção nas comunidades são dominados por homens e o chefe de tabanca é sempre do sexo masculino. Embora os ASC e não ASC tenham indicado que a decisão da escolha seja detida pelas ONG (40%), comunidade (23%), responsável da saúde (19%) e chefe da tabanca (15%). Podendo influenciar a seleção, deverão valer disso a favor das mulheres para reverter a disparidade.

Os entrevistados (52%) acham que deve haver mais ASC do sexo feminino do que do masculino, pois as mulheres sabem lidar melhor com as crianças (50%), têm mais paciência (48%) e comunicam-se melhor sobre certos temas (36%) relacionados com a saúde reprodutiva e com os cuidados das crianças. As tarefas dos ASC são múltiplas e podem ser complexas, p.e. envolvendo o registo de muitos dados, portanto a escolaridade é importante neste caso. Por isso, o baixo nível de escolaridade das mulheres coloca-as em desvantagem desde o início, uma vez que o critério nacional determina um nível mínimo de escolaridade.

Por fim, um ASC sendo um voluntário com um alto volume de trabalho e um pequeno incentivo monetário, não é uma opção financeiramente atraente, essencialmente para as mulheres que obtêm a renda familiar. Embora 80% tivessem dito que o principal fator de motivação dos ASC seja ajudar a sua comunidade, 58% citou o baixo valor do subsídio e 19% que este trabalho não lhes deixa tempo para as suas próprias atividades ou rendimento como os principais fatores desmotivadores.

1. Introdução

Na perspetiva de atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), as intervenções à base comunitária têm sido essenciais em diferentes países na busca de oferta universal de saúde e de intervenções à grande escala. O sucesso da participação comunitária foi provado em programas de saúde como a luta contra a oncocercose, o aumento da cobertura vacinal das crianças, na organização de campanhas de saúde nacionais, gestão das estruturas de saúde, onde a implicação dos Agentes de Saúde Comunitária (ASC) tem sido notória.

O Ministério da Saúde Pública (MINSAP) da Guiné-Bissau também tem atribuído grande importância ao assunto e, através da sua Direção de Serviços de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional (DSSCPMT), elaborou documentos orientadores para as intervenções a nível comunitário. Dentre os principais documentos destacam-se o PNDS II 2008 – 2017, a Politica de Saúde Comunitária, a Diretiva de Saúde Comunitária, o Plano Estratégico 2016-2020, o Plano Operacional de Implementação à Escala Nacional de Intervenções de Alto Impacto na Redução da Mortalidade Materna, Neonatal e Infantojuvenil (POPEN) 2010 – 2015 e o Manual de Formação dos ASC e instrumentos de gestão a nível comunitário.

A implementação da nova política a nível comunitário iniciou em 2012 na região piloto de Cacheu com o apoio da UNICEF, parceiro de implementação da estratégia de intervenção à base comunitária através dos ASC, bem como da União Europeia, através do PIMI I, H4+ e Fundo Global contra a SIDA, Tuberculose e Malária.

De acordo com os dados da Direção de Serviço de Saúde Comunitária e da Promoção da Medicina Tradicional (DSSCPMT) dos 3751 ASC existentes, apenas 746 eram do sexo feminino, constituindo apenas 20% do total e com uma variação regional. Por exemplo, na região de SAB, a capital, os ASC do sexo feminino representavam 45% do total, mas nas regiões de Bafatá eram apenas 11% e em Gabú 13% (Quadro 1).

O rácio de agentes de saúde comunitária do sexo masculino era de 4,03 por cada um feminino. Esta disparidade contraria a expetativa de paridade preconizada pelo MINSAP, ou seja, de que 50% dos ASC sejam do sexo feminino, tendo como meta aumentar progressivamente a proporção de ASC do sexo feminino para 30% em 2020.

Esta situação deve ser revertida, mas não se conhecem os fatores concretos que limitam a participação feminina. Deste modo, pretende-se recolher evidências sobre os fatores que influenciam esta situação através de uma pesquisa ação que tenha em consideração a perceção dos envolvidos tanto na seleção dos ASC, na implementação das ações comunitárias, bem como a perceção da população, identificando de forma participativa as ações a serem desenvolvidas para atingir este objetivo.

Esta pesquisa-ação realizada pelo Projecto Saúde Bandim (PSB) pretende nesta primeira fase fornecer subsídios e propostas de ações concretas a serem implementadas durante a segunda fase pela DSSCPMT.

1. Objetivos

O objetivo geral é de analisar as desigualdades de género no seio dos Agentes de Saúde Comunitária e fornecer subsídios para definir intervenções que aumentem a proporção de ASC femininos.

Os objetivos específicos eram:

1. Identificar os fatores determinantes associados à desigualdade de género no seio dos Agentes de Saúde Comunitária;
2. Evidenciar as perceções sobre a desigualdade e propor hipóteses e ações para o aumento progressivo de ASC femininos até 2020.
3. Descrição da política de desenvolvimento das atividades comunitárias e Agentes de Saúde Comunitária

A implementação das intervenções à base comunitária são levadas a cabo pelos ASC, à razão de aproximadamente um ASC para cada 50 famílias, tendo essencialmente as tarefas de recensear a população coberta, realiza visitas domiciliares, registando eventos vitais e realiza atividades de promoção, preventivas e curativas para as quais foi formado (16 Práticas de PFE, iCCM e VBEC), fazendo relatórios e informação regular. Devem ser motivados através de remuneração (por atos realizados) ou participação em atividades de formação e outras.

De acordo com o documento da política nacional, os ASC são escolhidos por consenso dos membros da comunidade após sensibilização e com a facilitação dos chefes das comunidades, mas não por estes. Devem ter o seguinte perfil:

* Saber ler e escrever
* Reconhecido na comunidade e ter boa moralidade
* Residente na comunidade
* Falar a língua local
* Estar disponível
* Ter uma atividade geradora de bens (fundo);
* Ser casada/o (de preferência, pois mais probabilidade de ficar no lugar e de ser aceite em matéria de saúde familiar)
* Ter no mínimo de 25 anos de idade

1. Métodos
   1. Desenho, população do estudo e procedimentos

Foi realizada uma pesquisa ação, pesquisa de caráter qualitativo para melhor compreender a situação do ponto de vista de diferentes intervenientes, bem como para definição de ações a serem testadas, aprofundando aspetos essenciais dessa situação diferencial. No entanto, completou-se também com uma componente quantitativa através de entrevistas semiestruturadas nos três níveis de intervenção (central, regional e local). Realizou-se uma consulta e análise documental de orientações políticas e estratégicas do programa nacional de Saúde Comunitária, tais como o plano estratégico, Diretiva e Política Nacional da Saúde Comunitária e relatórios.

O estudo foi realizado nas regiões de Bafatá, Oio e SAB (a capital) na Guiné-Bissau. A população foi estimada em 2017 pelo INASA em de 214 541 na região de Bafatá, de 178 348 na região de Oio e de 389 918 no SAB. Em Bafatá, existem 14 áreas sanitárias (AS), em Oio 8 e no SAB 10 AS funcionais. De acordo com um relatório da DSSCPMT de 2018, existiam 3 751 ASC, dos quais 20% eram do sexo feminino de 2018. À exceção do SAB, onde os ASC do sexo feminino representavam 45% do total, em todas as outras regiões registaram-se disparidades significativas variando de 2% a 28%.

Para a componente quantitativa, foi selecionada uma amostra aleatória a partir da base de dados fornecida pela Direção dos Serviços de Saúde Comunitária e Promoção da Medicina Tradicional e atualizada com os dados da UNICEF, sendo de 100 ASC em cada região (incluindo os desistentes) e no campo selecionaram 100 adultos não ASC na mesma tabanca e sexo do ASC, mas pertencendo a um agregado familiar distante da do ASC. Um máximo de quatro ASC por tabanca foram selecionados. Aplicou-se um questionário estruturado. As tabancas não selecionadas para a componente quantitativa fizeram parte da pesquisa qualitativa.

Na componente qualitativa foram realizadas entrevistas semiestruturadas a nível central e regional com as seguintes grupos-alvo: chefe da tabanca ou líder religioso, elemento da Direção Regional da Saúde (DRS), responsável da área sanitária (RAS), ASC, não ASC e parceiros intervenientes no domínio.

Realizou-se ainda discussão de grupo focal (DGF) com a participação de aproximadamente 6 pessoas cada um. Realizou-se grupos separados de ASC do sexo masculino, ASC do sexo feminino e com mulheres não ASC. Teve-se em conta a representatividade por sexo, idades e profissão.

As entrevistas foram realizadas em português ou crioulo conforme a conveniência utilizando questionários semiestruturados com perguntas abertas. Para a condução dos grupos focais realizadas em crioulo seguiu-se um guião. Foram gravados áudios, após autorização, de forma discreta de modo a não condicionar a expressão livre dos participantes e permitir maior fiabilidade às conversas, as quais foram transcritas posteriormente em português para a análise.

Para a elaboração do plano de ação serão também convidados a CCM, UNIOGBIS (Human Rights and Gender Section), UN Peace Building Fund, World Bank, NovaAfrica entre outros.

As gravações das entrevistas qualitativas foram transcritas e os dados analisados usando o principal componente e triangulação das respostas (software *Dedoose* e análise de conteúdo). Os dados quantitativos foram resumidos e calculadas proporções.

O protocolo do inquérito foi aprovado pelo Comité Nacional de Ética em Saúde antes do início do estudo. Solicitou-se um consentimento informado oral antes do estudo a cada participante, incluindo para a gravação áudio.

1. Resultados
   1. Resultados da componente quantitativa
      1. Caraterísticas da amostra

A coleta de dados ocorreu no período de Novembro a Dezembro de 2018. Foram entrevistados 557 indivíduos, sendo 45% de agentes de saúde comunitária ativos, 4,7% não ativos e 52% não ASC. Do total, 342 (61%) vivem numa área urbana, 60% do sexo masculino, principalmente devido a Oio onde apenas 23% dos entrevistados eram do sexo feminino, pois não havia muitas ASC a entrevistar (Tabela 1).

**Tabela 1. Inclusão dos entrevistados por categoria.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Região** | **Total** | **Categoria de ASC (%)** | | | **Sexo (%)** | |
| **Ativo** | **Não ativo** | **Não é ASC** | **Masculino** | **Feminino** |
| **Bafatá** | 193 | 94 (49) | 3 (1,6) | 96 (50) | 107 (55) | 86 (45) |
| **Oio** | 166 | 77 (47) | 8 (4,9) | 80 (48) | 127 (77) | 39 (23) |
| **SAB** | 198 | 81 (41) | 15 (7,6) | 102 (52) | 100 (51) | 98 (49) |
| **Total** | **557** | **252 (45)** | **26 (4,7)** | **278** | **334 (60)** | **223 (40)** |

Aproximadamente 52% dos entrevistados eram casados, 46% solteiros e os restantes divorciados ou viúvos. No SAB, esta relação é diferente, pois apenas 18% eram casados (Figura 1) e dentre os ASC não são ativos, apenas 38% eram casados contra metade nos outros grupos.

***Figura 1. Estado civil dos participantes por região.***

A etnia Balanta foi predominante (26 %), seguida da Fula (21%), Mandinga (21%), Pepel (8,3%) e Mista (5,4%); e a média de idade de 30 anos. Todos os ASC tinham frequentado a escola, com um média de 9,6 anos de escolaridade para os ativos e 10,7 para os não ativos. Dos não ASC, 17% nunca tinham frequentado a escola.

Dos entrevistados, apenas 44 % nasceram na tabanca onde residem atualmente, tendo o restante residido na tabanca há uma média de 13 anos (variando de meses a 50 anos). Do grupo dos ASC, já estão nesta função há uma média de 4,4 anos, de há um ano a 30 anos; cerca de 4% são ASC há mais de 10 anos.

* + 1. Processo de seleção dos ASC e conhecimento de tarefas

Para os ASC perguntou-se quem o indicara para ser candidato a ASC e para os respondentes que não são ASC perguntou-se quem indica. Não houve consenso nas respostas, pois 30% disse ser o chefe de tabanca, 27% a ONG que coordena, 25% a comunidade, 13% um responsável da saúde e 4,7% outro ASC.

No que diz respeito a quem tem decisão na escolha, a maioria disse ser a ONG (40%), 23% a comunidade, 19% um responsável da saúde, 15% o chefe da tabanca e 1,9% outro ASC. Em 17% dos casos, o ASC é familiar de quem o escolheu.

No que concerne ao conhecimento dos critérios de seleção conforme estabelecidos é limitado. Os critérios mais citados foram o ser reconhecido e respeitado na comunidade (52%), saber ler e escrever (50%) e estar disponível (38%). Limitando-se somente aos ASC, o seu conhecimento é ligeiramente maior, pois 70% citou ser reconhecido e respeitado, 67% saber ler e escrever, 54% estar disponível e 16% ser residente na comunidade (Tabela 2)

Expressaram a sua opinião quanto aos critérios a serem considerados e coincidiram com os citados. O género apareceu como um critério, mas muito ténue, pois apenas 1,6% disse que um ASC deveria ser do sexo feminino e 0,7% disse do sexo masculino (Tabela 2).

**Tabela 2 – Critérios de seleção dos ASC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opções** | **Conhecimento dos critérios**  n (%) | **Quais deveriam ser na sua opinião** n (%) |
| Saber ler e escrever | 272 (50) | 369 (67) |
| Ser reconhecido/respeitado na comunidade | 285 (52) | 393 (72) |
| Ser residente na comunidade | 49 (9) | 62 (11) |
| Falar a língua local | 14 (3) | 20 (4) |
| Estar disponível | 206 (38) | 281 (50) |
| Ter fonte de rendimento | 2 (0,4) | 13 (2) |
| Ser casada/o | 2 (0,4) | 1 (0,2) |
| Ter uma idade mínima de 18 anos | 10 (1,8) | 23 (4) |
| Ser do sexo masculino |  | 4 (0,7) |
| Ser do sexo feminino |  | 9 (1,6) |

O trabalho dos ASC é efetivamente reconhecido como um serviço útil à comunidade, pois 98 % respondeu que quem beneficia com o trabalho dos ASC é a comunidade. Num universo de 545 respostas, a maioria (88%) disse que os ASC trabalham (são empregados) tanto para as ONG (88%), como para o Ministério da Saúde (87%) e 33% também nomeou a comunidade (Tabela 3).

**Tabela 3 – Para quem trabalham os ASC**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Designação** | **N** | **%** |
| **Governo/Ministério** | 476 | 87 |
| **ONG** | 482 | 88 |
| **Comunidade** | 181 | 33 |
| **Outro** | 48 | 9 |
| **Não sabe** | 27 | 5 |

E como principais tarefas de um ASC, as respostas mais frequente foram a sensibilização para prevenção das doenças (79%), o tratamento de casos simples (paludismo, diarreias, etc.) (62%), identificação das grávidas (46%), cuidados aos recém-nascidos (40%) e identificação de sinais de risco com respetivo encaminhamento para uma estrutura sanitária. A vigilância à base comunitária só foi citada por 14% dos respondentes, bem como o recenseamento dos agregados familiares apenas por 21% (Tabela 4).

**Tabela 4 – Conhecimento das principais tarefas dos ASC**

|  |  |
| --- | --- |
| **Opções** | **Conhecimento**  **N(%)** |
| Recenseamento dos agregados familiares | 113 (21) |
| Visita aos AF para promoção das práticas essenciais | 265 (48) |
| Sensibilização para prevenção das doenças | 432 (79) |
| Tratamento de casos simples (paludismo, diarreias, etc.) | 338 (62) |
| Identificar/encaminhar grávidas para consulta pré-natal e parto o CS | 253 (46) |
| Cuidados ao recém-nascido | 220 (40) |
| Identificar sinais de risco e encaminhar para o Centro de Saúde | 203 (37) |
| Vigilância à base comunitária (VBEC) | 75 (14) |
| Apoiar nas campanhas de vacinação, Suplementação de Vitamina A, desparasitação das crianças menores de 5 anos e outras ações de saúde | 137 (25) |
| Outro | 30 (5) |

* + 1. Motivação para ser agente de saúde comunitária

Quando questionados, dos respondentes, (94%), ou seja a grande maioria gostaria de ser um ASC, portanto parece ser aceite e apetecível. Grande parte da motivação tem a ver com motivos filantrópicos, pois 441 de 549 (80%) disse fazê-lo para ajudar a sua comunidade, 90 (16%) para ter reconhecimento e apenas 2,0% pelo salário (Figura 1).

**Figura 2 – Fatores de motivação para trabalhar como ASC**

No entanto, dos fatores que desmotivam o trabalho como ASC, 58% disse ser o salário baixo, 19% que este trabalho não lhes deixa tempo para as suas próprias atividades ou rendimento.

**Figura 3 – Fatores de desmotivação para trabalhar como ASC**

Merece ser referido que alguns disseram ter desistido porque durante campanhas de vacinação não foram incluídos, outros por falta de medicamentos e material de trabalho.

* + 1. Perceção sobre a paridade de género

De 521 respondentes, 356 (68%) acharam que existem mais ASC do sexo masculino do que do feminino, contudo 26% disse existir mais do sexo feminino e 5,5% não sabiam dizer. Isto mostra que nem todos têm noção da disparidade de género.

Para os que responderam que existe maior número de homens como ASC, as principais razões para esse facto foram a maior disponibilidade ou interesse e escolaridade destes. Para os que disseram haver mais mulheres, a primeira razão foi maior disponibilidade ou interesse e mais paciência e facilidade em conversar com a população sobre assuntos relacionados à saúde reprodutiva e crianças (Figura 4).

**Figura 4 – Principais determinantes de maior número de indivíduos do sexo masculino ou feminino a trabalhar como ASC**

Quanto à opinião sobre que sexo deveria ser mais representado entre os ASC, de 547 respondentes 285 (52%) acharam que deveria haver mais do sexo feminino, 143 (26%) que deve ser igual, 116 (21%) disseram que deveria haver mais homens e 3 (0,6%) disseram ser indiferente.

Foram solicitadas a justificar a sua opinião sobre se devem haver mais ASC do sexo masculino ou feminino. Para os que acharam que deveria haver mais homens, a principal justificação foi o de terem maior disponibilidade (65%), mais paciência (32%) e autonomia (22%). Para as mulheres, a justificação foi saberem lidar melhor com as crianças (50%), terem mais paciência (48%) e comunicarem-se melhor sobre certos temas (36%). É de notar que a questão da autonomia foi referida em relação ao homem por 22% contra apenas 2,1% de mulheres, o que reflete a realidade de submissão por parte das mulheres. Por outro lado, a facilidade de comunicação e apropriação dos assuntos tratados pelos ASC com a população pesa em favor das mulheres (Figura 5).

**Figura 5 – Justificação da opinião de haver mais ASC do sexo masculino ou feminino.**

Perguntou-se a opinião dos respondentes sobre como aumentar a participação de indivíduos do sexo feminino como agente de saúde comunitária. As recomendações mais frequentes deixadas pelos entrevistados na comunidade foram a de capacitar as mulheres e sensibilizá-las a aceitarem este trabalho (30%); a sensibilização ainda foi recomendada para o público em geral, alguns tendo-se referido específicamente à sensibilização dos homens e chefes de tabanca (30%) (Figura 6).

A recomendação seguinte tem a ver com o aumento não somente da escolarização das mulheres, mas também com a sua alfabetização (25%), 17% ainda recomendaram um aumento dos subsídios recebidos pelos ASC, outros de favorecer mulheres na seleção das mulheres (12%) (Figura 6).

**Figura 6 – Intervenções para aumentar o número de ASC femininos.**

* 1. Resultados da componente qualitativa
     1. Amostra

Em cada região foram realizados: 2 entrevistas com Chefes de Tabancas, 1 entrevista com um elemento do Direção Regional da Saúde (DRS), 2 entrevistas com Responsável Área Sanitária (RAS), 1 Discussão de Grupo Focal (DGF) com ASC do sexo masculino, 1 DGF com ASC do sexo feminino e 1 ASC com mulheres não ASC. Em Oio e Bafatá foi feita uma entrevista com parceiros Plan Internacional Guiné-Bissau, no SAB foram realizadas 4 entrevistas com Parceiros (UNICEF, Fundo Global - PNUD, VIDA e NovaAfrica).

* + 1. Motivações para ser ASC

A razão mais comum apontada para o que motiva um ASC foi o desejo de ajudar os outros e a comunidade que surgiu em todos os grupos focais com ambos ASC feminino e masculino. Outras razões incluíram a vontade de fazer o trabalho e um interesse em aprender novos conhecimentos para novas carreiras. Em todos os grupos focais, pelo menos um entrevistado, quando questionado sobre o que o motiva a ser um ASC, não respondeu com uma razão motivadora, mas afirmou que foi escolhido para ser ASC.

* + 1. Os aspetos positivos e negativos no trabalho dos ASC na sua opinião

ASC gosta mais de ajudar a comunidade, em particular os vulneráveis e os doentes. No entanto, aspetos positivos citados incluem:

* Ver mudanças positivas, por ex. agora a maioria das casas têm latrinas *(apenas mencionado por mulheres ASC)*
* Ver uma diminuição das doenças
* Ajudar a reduzir a mortalidade
* Fazer a sensibilização
* Aumentar o conhecimento pessoal *(mencionado apenas por homens ASC)*
* A consideração das famílias

Os aspetos negativos mais comuns relativos ao trabalho dos ASC é a falta de incentivo monetário, dada a alta carga de trabalho. Os entrevistados no SAB e Oio não gostam das promessas financeiras não cumpridas do governo e dos parceiros e dos atrasos nos pagamentos por *mobile money*. A falta de equipamentos, medicamentos e / ou medicamentos após o prazo de validade foram citados pelos ASC em todas as três regiões. Homens na SAB e Bafatá mencionaram a falta de respeito dos Centros de Saúde e foram maltratados pelos Técnicos da Saúde.

* + 1. Trabalhar com outros membros da comunidade

A tabela abaixo mostra casos de ASC trabalhando com outros membros da comunidade. Apesar de ser um ASC do sexo masculino, alguns usaram a ajuda de mulheres na Tabanca, especialmente com mulheres grávidas. A ajuda também veio de líderes comunitários e líderes religiosos, por exemplo, espalhando mensagens durante as campanhas. Apenas um ASC do sexo feminino recebeu ajuda de uma mulher na Tabanca, o ASC do sexo masculino mais comumente que contava com a ajuda dos membros da comunidade feminina.~

***Quadro 1: Trabalhar com outros membros da comunidade***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trabalhar com outros membros da comunidade | ASC Homem – respondente | ASC Mulher – respondente |
| Uma mulher no Tabanca ajuda | X | X |
| O Chefe de Tabanca ajuda | X |  |
| As mulheres no Tabanca ajudam muito | X |  |
| As mulheres ajudam quando tem uma mulher gravida | X |  |
| Uma menina ajuda | X |  |
| A Tabanca ajuda | X |  |
| Imames ajudam | X |  |

* + 1. O abandono da posição

O principal motivo dado para a ASC abandonar sua posição foi devido a uma alta carga de trabalho com um baixo pagamento de incentivo. Parceiros, técnicos de saúde e funcionários do governo afirmaram que também foi devido à falta de informações claras, dado que o trabalho é voluntário, e que não foram cumpridas promessas feitas sobre o projeto. Outras razões incluem: jovens saindo assim que surja uma oportunidade melhor; as mulheres saindo para se casar, ter filhos, ou porque o marido decidiu que deveriam parar; deixando para estudar e saindo para o trabalho.

Quando perguntados se houve uma diferença no abandono dependente do gênero, recebemos respostas mistas. Algumas participantes ASC e não ASC do sexo feminino acreditavam que as mulheres abandonaram mais, principalmente devido ao baixo incentivo, ou porque não querem deixar o trabalho comercial ou devido ao marido. No entanto, alguns participantes ASC do sexo feminino acreditavam que os homens abandonaram mais, mais uma vez devido ao dinheiro, ou como "as mulheres sabem como sofrer". Todos os homens ASC acreditavam que as mulheres abandonaram sua posição com mais frequência do que os homens. As respostas foram misturadas entre parceiros e oficiais do governo sem nenhum padrão.

* + 1. O processo de seleção e os critérios para ser um ASC

Acredita-se que as pessoas devem saber ler e escrever e ser confiáveis e respeitadas pela comunidade. Alguns Chefe de Tabancas acreditavam que é importante que a pessoa seja casada e que, se for uma mulher, ela deve pedir permissão primeiro ao marido e à família. Outros atributos-chave: paciente, humilde, disposto a trabalhar como voluntário, não um comerciante, saber sofrer, ter integridade, bom comunicador e não viaja muito. Houve opiniões divergentes sobre a idade. Alguns acreditam que deve ser um membro mais experiente da comunidade (Parceiro no SAB), enquanto outros que acreditam que a idade não importa (ASC Masculino em Oio), ou que deve ser uma rapariga com menos idade (Chefe de Tabanca, SAB).

Todos os entrevistados concordaram que é a comunidade que deve escolher quem deve ser um ASC. Sugestões foram feitas para mudar a idade e nível de escolaridade nos critérios, e até para criar diferentes papéis de ASC. Nas regiões, casos em que membros familiares são preferidos pelo comitê foram descobertos. A ideia de ter um pré-teste para ajudar a filtrar em um estágio inicial aqueles que foram escolhidos por serem familiares.

* + 1. Desequilíbrio de gênero do ASC
       1. Razões para o desequilíbrio de género do ASC nas regiões

Várias razões foram dadas por que existe maior participação de homens de que mulheres. Temas chave focados em: 1) Preferência cultural, mais poder para os homens; 2) Preferência cultural, mulheres ganhando dinheiro / trabalho doméstica em casa; 3) Maior nível de educação dos homens; e 4) Mulheres consideradas “fracas”.

***Quadro 2: Razões para o desequilíbrio de gênero nas regiões***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| # | Razões para o desequilíbrio de gênero nas regiões | Respondente |
| 1. Preferência cultural - dando mais poder aos homens que às mulheres | | |
|  | Preferência familiar do sexo masculino por fêmea | SAB: DRS  BAF: ASCF |
|  | O homem é o tomador de decisão na sociedade | SAB: DRS  OIO: P |
|  | Homens que participam do processo de seleção - o comitê é dominado por homens | SAB: DRS |
|  | As meninas se casam precocemente e frequentemente migram para outros Tabancas | BAF: CT, ASCM  OIO: ASCF, NASCF, CT, RAS  SAB: DSC |
|  | Maridos não permitem que a esposa participe, muitas vezes por causa dos ciúmes, a esposa deve pedir permissão de seus maridos | BAF: CT, DRS, P, RAS, ASCM  OIO: ASCF, NASCF |
| 1. Preferência cultural - mulheres trabalhando, buscando retorno financeiro e / ou ocupadas com o trabalho doméstico | | |
|  | As mulheres não têm tempo para trabalhar como ASC | BAF: CT  SAB: DSC, NASCF |
|  | As mulheres precisam de cofinanciamento para participar, há uma falta de financiamento de pagamentos monetários | OIO: ASCF  SAB: ASCM  BAF: CT |
|  | O estatuto das mulheres na sociedade guineense se concentra no trabalho doméstico e no casamento | SAB: P |
|  | As mulheres se concentram em uma ocupação, como a venda, enquanto os homens têm tempo para a escola / futebol / trabalho voluntário | SAB: RAS, CT, NASCF  OIO: DRS; SAB CT |
|  | As mulheres têm que cuidar das crianças e dos seus maridos e tarefas domésticas | OIO: NASCF, P, ASCM, RAS, NASCF  SAB:P  BAF ASCM |
| 1. Maior nível de educação dos homens (links para pontos em cima como preferência é priorizar meninos indo para a escola) | | |
|  | O nível de escolaridade dos homens é superior ao das mulheres | SAB: DRS, P, DSC, RAS  BAF: CT, RAS, DRS, ASCF, ASCM, P  OIO: ASC M, ASCF, P, |
| 1. Mulheres consideradas um pouco “mais fracas” ou incapazes de fazer esse tipo de trabalho | | |
|  | As mulheres são muito frágeis para andar de bicicletas de ASC | BAF: CT  BAF: ASCM |
|  | As mulheres são tímidas durante o processo de seleção e não se colocam em frente | OIO: DRS  SAB: ASCM |
|  | As mulheres são preguiçosas | OIO: ASCM |
|  | As mulheres são difíceis, criam problemas, não querem sacrificar nada | OIO: ASCM  SAB: ASCM |
|  | O trabalho do ASC envolve muito confronto e as mulheres não podem fazer isso | BAF: RAS SAB: ASCM |
|  | Os homens são mais dinâmicos que as mulheres | SAB: ASCM |
|  | As mulheres são fechadas elas foram criadas assim | SAB: ASCM |
|  | Jovens do sexo masculino são mais ambiciosos e querem representar mais a comunidade do que as jovens do sexo feminino | SAB: DRS |

## \*ASCF (ASC feminino) P (Parceiros de saúde da Direção Regional)

CT (Curandeiro Tradicional) NASC ( Não ASC) ASCM (ASC Masculino)

RAS (Responsável da Área Sanitária) DRS (Direção Regional de Saúde)

* + 1. Razões para a diferença no desequilíbrio de gênero: regiões vs. SAB

Dado que a proporção de ASC do sexo masculino para feminino é mais igual no SAB, os respondentes foram perguntados por que achavam que isso era verdade. A principal razão dada foi a existência de uma cultura diferente em Bissau, onde as mulheres têm mais poder de decisão, permanecem na escola por mais tempo e não estão unicamente ligadas ao trabalho doméstico. Parceiros e o governo também afirmaram que mais esforço consciente foi feito durante o processo de seleção para aumentar a participação das mulheres, e que há mais oportunidades em geral no SAB, com muitas mulheres desejando estudar enfermagem, ASC sendo, portanto, um bom caminho para sua futura carreira.

* + 1. Preferências de gênero

Quando perguntado se o participante tinha preferência por sexo por ASC, a maioria respondia que não tinha preferência ou que preferiria mais mulheres, por serem “mães da natureza”, estão “mais ligadas a aspetos relacionados a metas do projeto”, e que eles "contam segredos entre elas". Alguns Chefe de Tabancas preferiam homens, e alguns ASC masculinos e Chefe de Tabanca preferiam homens com a justificativa de que as mulheres não podem andar de bicicleta. Em Oio, os não ASC de sexo feminino, preferiram os de sexo masculino, afirmando que são mais pacientes e que a mulher só quer mostra que ela é superior. Alguns respondentes que eram indiferentes ao gênero destacaram que se o ASC é do sexo masculino deve falar com as mães na presença do marido.

* + 1. Sugestões para encorajar mais mulheres a trabalhar como ASC

Sugestões para aumentar a participação de ASC do sexo feminino foram dadas por todos os participantes. As duas sugestões mais comuns são: 1) sensibilização/trabalho de base usando *djumbais* nas comunidades, com as mulheres da comunidade e líderes comunitários, e, 2) aumentar o incentivo financeiro.

A sensibilização também incluiu sugestões para ter conversas direitas com mulheres na casa delas em frente dos maridos, e sensibilização para encorajar mulheres ir escola.

No nível macro, o próprio programa foi questionado, com sugestões para repensar como o programa está sendo executado, questionando o perfil atual de um ASC. Uma ideia de que os estudantes de saúde poderiam ser incorporados ao programa, fazendo estágios de um ano em saúde comunitária, dividindo seu tempo entre o hospital e a saúde da comunidade. Poderia ser executado como um programa de intercâmbio no país, as que acabam o curso ou está no último ano do curso poderia fazer um estágio na saúde comunitário. Também sugestão de que o programa poderia ser executado de forma diferente no SAB em comparação com as regiões. Dado que existe mais concorrência em Bissau e uma maior necessidade de dinheiro, o programa poderia ser executado como um programa de voluntariado nas regiões, mas em Bissau seria um trabalho formal com um salário.

Sugeriram mudanças no processo de seleção, incluindo um maior envolvimento dos grupos de mulheres durante o momento da seleção: “eles deveriam participar das reuniões, não apenas fazer a comida para as reuniões.” Sugestões para reduzir os critérios de idade, os critérios da escola e até mesmo declarar explicitamente que a comunidade deve escolher pelo menos uma mulher.

O incentivo financeiro foi um tema recorrente ao longo das entrevistas com a maioria dos entrevistados afirmando que ASC precisa ser pago mais para ajudar a ter mais vontade de participar, evitar abandono, e motivar. Outros incentivos foram sugeridos, como ASC recebendo consultas gratuitas no CSC, ou uma contrapartida da comunidade.

1. Conclusão

Esta pesquisa mostra que o desequilíbrio de gênero dos ASC nas regiões da Guiné-Bissau está altamente ligado ao estatuto social de uma mulher nas tabancas na Guiné-Bissau, e uma preferência cultural masculina para a tomada de decisões. Desde a infância, o sexo masculino é priorizado, demonstrado pelo maior nível de escolaridade dos homens em relação às mulheres das comunidades. São os homens que detêm o poder de decisão na casa e na comunidade, em que tudo deve passar pelo marido ou por um comité dominado pelos homens. O papel da mulher é mais domesticado e focado no trabalho comercial, como a venda no mercado, para gerar renda familiar.

O processo de escolha de um ASC envolve vários estágios todos os quais tendem a preferir os homens, indiretamente ou diretamente. A comunidade deve ser responsável pela seleção do ASC e, como mencionado, esse comité é geralmente dominado por homens, o chefe de tabancas é sempre do sexo masculino. Em algumas situações esta seleção provavelmente depende de decisões com tendências arbitrárias a acreditar nas declarações na comunidade, pois disseram que a decisão na escolha é detida pelas ONG (40%), comunidade (23%), responsável da saúde (19%) e chefe da tabanca (15%).

As tarefas dos ASC são múltiplas, embora muitos não se lembram de todas indicando talvez que nem todas são executadas, e podem ser complexas envolvendo o registo de muitos dados, portanto a escolaridade é importante neste caso. Por isso, o baixo nível de escolaridade das mulheres coloca-as em desvantagem desde o início, uma vez que o critério nacional determina um nível mínimo de escolaridade.

Contudo, mais de metade dos entrevistados acha que deve haver mais ASC do sexo feminino do que do masculino. E a justificação para tal tem a ver, na sua opinião, com o facto de saberem lidar melhor com as crianças (50%), terem mais paciência (48%) e comunicarem-se melhor sobre certos temas (36%). Portanto, a facilidade de comunicação sobre assuntos relacionados com a saúde reprodutiva e com os cuidados das crianças são assuntos que pesam em favor das mulheres, pois são elas as que cuidam dos lares, das crianças, inclusive dos homens e vivem em primeira mão a maternidade.

Por fim, um ASC é um voluntário com um alto volume de trabalho e um pequeno pagamento de incentivo, portanto, não é uma opção financeiramente atraente se uma mulher for responsável por obter renda familiar. Embora 80% tivessem dito que o principal fator de motivação dos ASC seja ajudar a sua comunidade, 58% citou o baixo valor do subsídio e 19% que este trabalho não lhes deixa tempo para as suas próprias atividades ou rendimento como os principais fatores desmotivadores.

1. recomendações

As recomendações refletem a perceção das comunidades representadas tanto pelos agentes de saúde comunitária ativos, assim como os que não estão no ativo e membros da comunidade que simplesmente beneficiam ou são suscetíveis de beneficiar da ação dos ASC. Ademais, as considerações e perceção das instituições intervenientes dos diferentes níveis do setor da saúde, parceiros das ONG e das Nações Unidas. As ações a serem desenvolvidas foram identificadas de forma participativa e estão plasmados no Plano de Ação no quadro desta pesquisa-ação.

Recomenda-se assim:

* Criar incentivos para que as meninas frequentem a escola, nomeadamente até que terminem a 6º clase. Para este efeito, elas devem ter as tarefas domésticas reduzidas, umas das quais é a procura de água e cuidar dos irmão mais novos, portanto os setores e organizaçõesconhecedoras desta mantéria devem continuar aprocurar soluções adequadas. Alfabetizar as mulheres adultas.
* Durante as próximas seleções de ASC, favorecer as mulheres; a acreditar na declaração das comuidades, as entidades implementadores influenciam a escolha, portanto neste caso pode-se influenciar uma discriminação positiva caso a mulher cumpra mínimamente os requisitos;
* Refletir sobre formas provisórias de apoiar as mulheres que não sejam alfabetizdas no registo dos seus dados entre outros;
* Refletir sobre formas de aumentar o incentivo aos ASC, seja por aumento do valor do subsídio ou pilotando outros mecanismos;
* Refletir de maneira objetiva sobre a carga de trabalho dos ASC, determinando o mínimo possível de ser realizado tendo em conta que a maior parte do seu tempo deverá ser dedicado ao seu próprio rendimento;
* Velar para que as condições de trabalho sejam criandas, nomeadamente transoporte quando necessário, medicamentos e outros;
* Sensibilizar as comunidades com foco nas mulheres, homens e chefes de tabanca ou outras autoridades comunitárias;
* Expandir intervenções que empoderem as mulheres, nomeadamente iniciativas de mutualidades para crédito comunitário como exemplos implementados pela Plan Internacional Guiné-Bissau em Bafatá e Cáritas.
  1. Referências

APCASO: Strengthening Community, Rights, and Gender Concepts for Communities and Civil Society Society on Country Coordinating Mechanisms: Guidance Tool. Thailand: APCASO 2017.

Ministério da Economia, Plano e Integração Regional - Direcção Geral do Plano: Recenseamento geral da população- Guiné-Bissau, Relatório Final. MEPIR 2011.

Ministério de Saúde Pública: Política Nacional de Saúde Comunitária (PNSC) 2008-2017. MINSA 2008.

Ministério de Saúde Pública: Plano Estratégico da Saúde Comunitária (PESC) 2016-2020. MINSA 2016.

Ministério de Saúde Pública: Diretivas da Direção Geral de Promoção e Prevenção de Saúde do Ministério de Saúde Dezembro 2010. MINSA 2010.

Ministério de Saúde Pública: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II, Ministério da Saúde, Guiné-Bissau, 2008-2017. MINSA 2008.

United Nations: Sustainable Development Goals.

<https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>. Acessado 08-10-2018.

* 1. ANEXOS

1. Plano de Ação

Este estudo foi apresentado a várias partes interessadas envolvidas no programa dos ASC e no setor de saúde em geral. Durante sessões de trabalho em grupos e discussões no plenário, as recomendações foram refinadas e as responsabilidades e cronogramas para as ações discutidos. Destas discussões resultou este Plano de Ação.

As atividades propostas podem ser divididas em atividades de curto prazo (que podem ser implementadas imediatamente), de medio prazo e de longo prazo (que podem demorar vários anos para ser implementados). Os atores envolvidos para implementar as atividades com sucesso são vários. A maioria das atividades deve ser gerida pela Direção de Serviços de Saúde Comunitária (DSSCPMT), mas requer a colaboração e o apoio técnico e financeiro dos parceiros. Algumas ações identificadas para a inclusão das mulheres são mais abrangentes do que a saúde comunitária e requerem o diálogo e a iniciativa de outros ministérios e setores. Para estas ações, os responsáveis do ministério da saúde deveriam comunicar a importância destas ações para a paridade de género e a implicação positiva para a saúde da população.

**Atividades que podem ser implementadas no curto prazo**

* Sensibilizar as comunidades com foco nas mulheres, homens e chefes de tabanca, líderes religiosas e outras autoridades comunitárias. Durante estas sensibilizações deveria ser explicado a importância de ter ASC do sexo feminino para realizar as intervenções relacionado com a saúde reprodutiva. Também deveriam ser discutidos preconceitos sobre mulheres e as razões que impedem o aumento da paridade de género. A preparação para esta ação pode ser começada imediatamente para ter a primeira ronda de discussões em grupo focal ainda este ano. Depois a atividade deveria ser repetida cada semestre em cerca de 60 áreas sanitárias cada vez. Será liderada pela DSSCPMT e implementada pelas DRS. Financiamento externo é necessário e possíveis fontes de financiamento são UNICEF, o Fundo Mundial, o Banco Mundial e ONGs ativos na área de saúde comunitária.
* Ainda este ano, a Política Nacional de Saúde Comunitária (PNSC) e o Plano Estratégico Nacional de Saúde Comunitária (PEN SC) devem ser revistos e atualizados. Vários pontos para a paridade de género foram identificados que deveriam ser tratados na formulação destes documentos. Estes são:
  + Estabelecer uma taxa mínima dos ASC que deveriam ser do sexo feminino por tabanca ou bairro;
  + Rever e diminuir a carga de trabalho dos ASC;
  + Rever a maneira em que ASC são selecionados e assegurar que ASCs são escolhidos pela comunidade em vez de ser apontados por líderes comunitários ou religiosos;
  + Assegurar que mulheres são representados em números suficientes nos comités de seleção das ASCs;
  + Rever os critérios da seleção das ASC e eliminar critérios que afetam desproporcionalmente as mulheres. A mais importante destes é o critério de “ser casado”.

A carga de trabalho das ASC pode negativamente afetar as mulheres, porque na maioria das famílias guineenses, mulheres tem o papel de trabalho domestico além do trabalho no mercado ou no emprego que têm. Por isso, poderiam não querer tomar mais trabalho voluntario ou poderia ser que as famílias deles sentem que não vão conseguir cumprir os deveres domesticas.

O critério “ser casado” tem um impacto negativo na paridade de género, porque isto frequentemente aumenta o trabalho doméstico das mulheres. Além do mais, os maridos poderiam proibir as mulheres de trabalhar como ASCs, um ponto que foi mencionado durante as discussões do grupo focal.

**Atividades que podem ser implementadas no meio prazo**

* Os incentivos que os ASC recebem deveriam ser revistos e ajustados. Neste momento, o programa luta com uma lacuna de financiamento e por isso não é viável de aumentar o incentivo monetário enquanto o número dos ASC permanece inalterado. Contudo, é possível encontrar outros benefícios que podem trazer um benefício maior por menos dinheiro. Os incentivos mencionados mais frequentemente durante as discussões na plenária eram que ASC e seus dependentes deveriam beneficiar de atos médicos grátis e que as crianças das ASC deveriam beneficiar da escola grátis. Como as mulheres são os zeladores principais das crianças, estes benefícios poderiam incentivar eles especificamente para trabalhar como ASC. A ação requer um financiador que reembolsa os Centros de Saúde para os tratamentos dos dependentes das ASC ou que reembolsa as escolas para a gratuidade. Para isso, seria necessário organizar uma mesa redonda com todos os potenciais financiadores destes incentivos e do programa de saúde comunitária em geral e discutir os compromissos que cada um poderia assumir. Fora disso, somente necessita dum despacho ministerial declarando a gratuidade dos serviços para este grupo.
* Estudantes deveriam ser integrados no sistema de saúde comunitário. Uma parte da formação dos estudantes poderia ser um estágio na saúde comunitária. Como a maioria dos enfermeiros e parteiras é do sexo feminino, isto aumentaria automaticamente a percentagem das mulheres na saúde comunitária. Assim, ao longo do tempo, a aceitação de mulheres como ASC vai aumentar, porque as famílias terão mais exposição para mulheres neste serviço. Para implementar esta ação, os currículos das escolas de saúde deveriam ser revistos em colaboração com o DSSCPMT no primeiro semestre de 2020.

**Atividades que podem ser implementadas no longo prazo**

* Ao longo prazo, é importante aumentar a alfabetização das mulheres. Neste momento, somente 51% das mulheres entre 15 e 24 anos sabem ler e escrever. Isto se compara com 70% para homens. Dado que um dos critérios da seleção é a alfabetização (atendimento da 4a classe da escola), isto é uma desvantagem para mulheres e impede a paridade de género.
* Além de aumentar a alfabetização das mulheres, também é possível incluir mulheres sem alfabetização nos serviços de saúde comunitária. Isto consiste de dois pilares:
  + definir um pacote de atividades que podem ser realizadas por mulheres não alfabetizadas;
  + criar mecanismos para suportar mulheres não alfabetizadas nas atividades que necessitam de alfabetização.
* Afinal, será necessário institucionalizar os ASC, i.e., inclua-os oficialmente no sistema de saúde da Guiné-Bissau e na função pública. Assim, os ASC têm que seguir a lei da paridade, que requer que pelo menos 36% são do sexo feminino. Contudo, isto é um processo de longo tempo que requer a negociação entre o MINSAP, o MEF e o Ministério da Função Pública. Também requer que o governo assume a maior parte do custo do programa dos ASC.
* A DSSCPMT deveria promover o empoderamento em geral das mulheres. Isto cai na primeira linha no papel do Ministério da Família e Coesão Social e o Instituto de Mulheres e Crianças, com o apoio do Fundo da Ação Social e ONGs como PLAN International e Caritas. O Ministério da Educação Nacional também tem um papel importante neste assunto. Assim, é um esforço intersectorial com atores de vários ministérios e da sociedade civil. A DSSCPMT deveria mandar uma carta para as instituições relevantes, explicando a importância do empoderamento das mulheres para atingir objetivos da saúde pública e o papel das mulheres ASC neste sentido. Deveria assegurar a sua disponibilidade para colaboração.

As atividades são resumidas abaixo, juntamente com uma avaliação do impacto para a paridade, uma estimativa da viabilidade e um cronograma.

Quadro 1. Resumo das atividades.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Atividade** | **Impacto** | | | **Viabilidade** | | | **Cronograma** | | | | | |
| **Baixo** | **Médio** | **Alto** | **Baixa** | **Média** | **Alta** | **T3 2019** | **T4 2019** | **T1 2020** | **T2 2020** | **T3 2020** | **T4 2020** |
| **Atividades que podem ser implementadas no curto prazo e que terão um efeito imediato** | | | | | | | | | | | | |
| Sensibilização usando *Djumbais* nas comunidades |  |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| Estabelecer o número ou taxa mínimo das mulheres que devem ser selecionados como ASC por tabanca/bairro |  |  | X |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Diminuir a carga de trabalho dos ASC |  |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| Maior implicação das mulheres na seleção dos ASC |  |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| Retirar o critério “ser casado” na seleção dos ASC |  |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |
| **Atividades que podem ser implementadas no meio prazo e que terão um efeito no meio prazo** | | | | | | | | | | | | |
| Melhorar o incentivo (monetário e não monetário) dos ASC |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Promover a gratuidade de assistência sanitária para ASC e seus dependentes |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Integrar estudantes de saúde em estágio no programa de Saúde Comunitária |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| **Atividades que podem ser implementadas mais no futuro e que terão um efeito no longo prazo** | | | | | | | | | | | | |
| Empoderamento das mulheres |  |  | X |  | X |  | Ação contínua | | | | | |
| Promoção intersectorial para defesa de paridade de género |  | X |  |  | X |  | Ação contínua | | | | | |  |  |  |  |  |
| Aumentar a alfabetização das mulheres |  |  | X |  | X |  | Ação contínua | | | | | |
| Criar mecanismos para incluir mulheres não alfabetizadas no programa |  | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |
| Institucionalização dos ASC | X |  |  | X |  |  |  |  |  |  |  |  |