



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Trabalho Digno no Setor da Saúde na Guiné-Bissau

Fabrício Nanque

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Doutora Sónia Cardoso Pintassilgo, Professora Associada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Mestre Sara Franco da Silva, Assistente Convidada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025



SOCIOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS

Departamento de Sociologia

Trabalho Digno no Setor da Saúde na Guiné-Bissau

Fabrício Nanque

Mestrado em Sociologia

Orientadora:

Doutora Sónia Cardoso Pintassilgo, Professora Associada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Coorientadora:

Mestre Sara Franco da Silva, Assistente Convidada
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Outubro, 2025

Agradecimentos

Para a realização desta dissertação agradeço aos intervenientes que colaboraram direta e indiretamente, os quais merecem o meu reconhecimento e gratidão.

Às orientadoras, professora Sónia Cardoso Pintassilgo e Sara Franco da Silva, pelo empenho e disponibilidade com que direccionaram e com toda a paciência acompanharam esta Dissertação, assim como pelos comentários e sugestões.

Quero agradecer a todos os docentes do Iscte-Instituto Universitário de Lisboa, e em especial da Sociologia e Políticas Públicas pela colaboração prestada, na realização do meu projeto de mestrado.

Finalmente, quero agradecer à minha colega, Alexandra Alvarez, meu amigo Miguel Rangel, aos meus familiares, amigos, à minha madrinha e à minha namorada, pela compreensão, apoio incondicional, incentivo e motivação imprescindível para a efetivação deste trabalho.

É a todos que dedico este trabalho.

Resumo

Esta dissertação analisa o trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau, com o objetivo de compreender as condições de trabalho e as experiências dos profissionais de saúde à luz das normas internacionais do trabalho definidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), da qual o país é membro desde 1977. O estudo procura analisar em que medida a Guiné-Bissau cumpre os princípios do trabalho digno, entendido como aquele que assegura a homens e mulheres um emprego produtivo, exercido em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade, com acesso a mecanismos de proteção social, a direitos fundamentais e à liberdade de expressão e organização coletiva dos trabalhadores.

A investigação parte do referencial normativo da OIT, que estrutura o trabalho digno em torno de quatro pilares: emprego pleno e produtivo, proteção social, direitos fundamentais no trabalho e diálogo social. A partir da articulação entre uma análise documental (das convenções internacionais da OIT ratificadas pelo país) e a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e agentes de saúde comunitária), o estudo dá conta da distância entre o quadro normativo e a realidade experienciada pelos trabalhadores.

Os resultados revelam que muitos dos direitos internacionais previstos permanecem limitados ou ausentes na prática, nomeadamente no que refere à estabilidade contratual, ao acesso à proteção social, às condições materiais de trabalho e à valorização institucional dos profissionais. Verifica-se, ainda, uma cultura de diálogo social frágil, com pouca representação coletiva dos trabalhadores. Em síntese, o estudo contribui para a reflexão sobre os desafios e potencialidades da implementação do trabalho digno na Guiné-Bissau, dando conta da necessidade de políticas públicas que reforcem a proteção social, a formalização das relações laborais, a valorização profissional e o fortalecimento do sistema nacional de saúde, como condições essenciais para a concretização do trabalho digno.

Palavras-chave: Trabalho digno; Saúde; Guiné-Bissau; Normas Internacionais de Trabalho; OIT; Pilares do Trabalho Digno.

Abstract

This dissertation analyzes decent work in the health sector in Guinea-Bissau, aiming to understand the working conditions and experiences of health professionals in light of the international labour standards defined by the International Labour Organization (ILO), of which the country has been a member since 1977. The study seeks to assess the extent to which Guinea-Bissau meets the principles of decent work, understood as employment that ensures men and women a productive occupation carried out in conditions of freedom, equity, security, and dignity, with access to social protection mechanisms, fundamental rights, and the freedom of expression and collective organization of workers.

The research is based on the ILO normative framework, which structures decent work around four key pillars: full and productive employment, social protection, fundamental rights at work, and social dialogue. Combining a documentary analysis – focused on ILO conventions ratified by Guinea-Bissau – with semi-structured interviews conducted with health professionals (doctors, nurses, and community health agents), the study highlights the gap between the normative framework and the lived realities of workers.

The findings reveal that many of the rights established in international conventions remain limited or absent in practice, particularly concerning job stability, access to social protection, material working conditions, and institutional recognition of health professionals. Moreover, the results indicate a fragile culture of social dialogue, with limited opportunities for collective representation and participation. In summary, the study contributes to the reflection on the challenges and potential for implementing decent work in Guinea-Bissau, underscoring the need for public policies that strengthen social protection, formalize labour relations, promote professional recognition, and reinforce the national health system as essential conditions for the realization of decent work.

Keywords: Decent Work; Health; Guinea-Bissau; International Labour Standards; ILO; Pillars of Decent Work.

Índice

Introdução.....	13
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	15
1.1. O Trabalho e as suas Transformações	15
1.2. O Trabalho Digno: Definição e Relevância Contemporânea	17
1.3. Os Pilares do Trabalho Digno	19
1.3.1. Emprego Pleno.....	19
1.3.2. Proteção Social	20
1.3.3. Direitos Fundamentais.....	21
1.3.4. Diálogo Social	22
1.4. Contexto de análise do Trabalho Digno: Saúde e Educação na Guiné-Bissau	24
Capítulo 2 – Objetivos e Metodologia.....	27
2.1. Objetivos e enquadramento metodológico	27
2.2. Desenho da pesquisa, recolha e análise dos dados	28
Capítulo 3 – Apresentação dos resultados e discussão	31
3.1. Adesão da Guiné-Bissau às normas internacionais de trabalho	31
3.2. Experiências de trabalho e percepções dos profissionais de saúde guineenses	34
3.2.1. Caracterização dos entrevistados	34
3.2.2. O trabalho digno no setor da saúde: experiências e percepções dos profissionais entrevistados.....	36
3.2.2.1. Emprego Pleno.....	36
3.2.2.2. Proteção Social	40
3.2.2.3. Direitos Fundamentais.....	42
3.2.2.4. Diálogo Social.....	45
3.2.2.5. Expectativas de Melhoria e Perspetivas Futuras	49
Considerações Finais.....	53
Referências Bibliográficas.....	55
Anexos.....	59
Anexo A – Guião de entrevista	59
Anexo B – Grelhas de análise conteúdo	63

Índice de quadros

Quadro 1.4.1. Indicadores de saúde e educação: resultados e fontes, Guiné-Bissau.....	25
Quadro 3.1.1. Ratificação das convenções fundamentais da OIT pela Guiné-Bissau	32
Quadro 3.2.1.1. Caracterização dos entrevistados.....	35

Índice de figuras

Figura 3.2.2.4.1. As condições e experiências de trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau (nuvem de palavras).....	488
Figura 3.2.2.5.1. Motivações, desafios e expectativas de mudança no trabalho no setor da saúde na Guiné-Bissau (nuvem de palavras)	51

Introdução

No âmbito do Mestrado em Sociologia, esta dissertação tem como o foco a análise do trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau. A pesquisa tem como ponto de partida o referencial normativo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que define o trabalho digno em torno de quatro pilares centrais: emprego pleno e produtivo, proteção social, direitos fundamentais no trabalho e diálogo social. Estas quatro dimensões, formalizadas através da Agenda do Trabalho Digno, em 1999, constituem um quadro de referência global para a promoção de condições laborais justas, seguras e equitativas. Mais recentemente, a Agenda 2030 das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, através do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 8 (ODS 8), reafirmou a centralidade do trabalho digno, ao propor a promoção do crescimento económico inclusivo e sustentável, o pleno emprego e o trabalho digno para todos.

O contexto guineense apresenta, contudo, fragilidades institucionais e estruturais persistentes, que dificultam a concretização destes princípios. O setor da saúde, em particular, enfrenta carências materiais e humanas, refletidas na precariedade das infraestruturas, na escassez de recursos humanos e materiais e na limitada capacidade de resposta do sistema público. A instabilidade política e económica, recorrente desde meados da década de 1980, tem condicionado a implementação de políticas públicas consistentes e a consolidação de um sistema de saúde funcional e inclusivo (Guerreiro *et al.*, 2019). Assim, o estudo do trabalho digno neste setor permite compreender não apenas as condições objetivas de emprego, proteção social, direitos fundamentais e diálogo social, mas também as dinâmicas institucionais, as práticas profissionais e as perceções e experiências subjetivas dos trabalhadores que nelas se inserem.

O objetivo central desta dissertação é analisar o trabalho digno no setor da saúde guineense, articulando o plano normativo internacional com as experiências e perceções dos profissionais de saúde. A partir deste objetivo, definem-se dois objetivos específicos: 1) identificar e analisar as dimensões do trabalho digno cobertas pela adesão da Guiné-Bissau às convenções internacionais da OIT; 2) analisar a concretização prática dos quatro pilares do trabalho digno, a partir das experiências, perceções e representações dos profissionais de saúde em atividade na Guiné-Bissau.

O presente trabalho está estruturado em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico, onde são desenvolvidos os conceitos de trabalho e trabalho digno a partir de diferentes perspetivas teóricas. O trabalho é abordado enquanto prática social complexa e multidimensional, moldada por contextos económicos, políticos, sociais e culturais específicos – um conceito que, segundo Marx, envolve o processo de valorização e alienação da

força de trabalho, e que, em Durkheim, se associa à divisão social do trabalho como fator de coesão e integração. Já o conceito de trabalho digno é analisado enquanto referência normativa e política global, orientadora de práticas laborais em contextos de fragilidade e desigualdade, sendo os seus quatro pilares utilizados como categorias analíticas para observar as condições de trabalho dos profissionais de saúde na Guiné-Bissau, nomeadamente no que diz respeito ao acesso ao mercado de trabalho, à proteção em situações de desemprego, à existência de direitos sociais como seguro de trabalho, licença de maternidade e paternidade, à defesa contra a discriminação e exclusão social, e à possibilidade de organização coletiva e expressão dos trabalhadores através de estruturas representativas como sindicatos.

No segundo capítulo apresentam-se os objetivos e a metodologia adotada, que assenta numa abordagem qualitativa, articulando a análise documental das convenções da OIT ratificadas pela Guiné-Bissau com a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde e agentes de saúde comunitária, procurando compreender as suas trajetórias, vínculos laborais, perceções sobre estabilidade, acesso a direitos e formas de participação institucional. Esta abordagem metodológica justifica-se pela sua capacidade para captar em profundidade os significados que os indivíduos atribuem ao trabalho e às suas experiências quotidianas.

O terceiro capítulo apresenta os resultados empíricos, organizados segundo os quatro pilares do trabalho digno. A análise evidencia as tensões entre os princípios normativos e as condições concretas de trabalho observadas, marcadas por vínculos precários, ausência de proteção social, desigualdades de género, carência de recursos materiais, informalidade no trabalho e fragilidade do diálogo social.

Por fim, o último capítulo reúne as considerações finais, refletindo sobre os principais desafios à concretização do trabalho digno no setor da saúde guineense. São propostas pistas de ação e políticas de valorização do trabalho, como a formalização progressiva do trabalho comunitário, o reforço da proteção social, a promoção da igualdade de género, o investimento na formação contínua e o fortalecimento das estruturas de representação coletiva dos trabalhadores. Tais medidas são fundamentais para a construção de um sistema de saúde mais justo, eficiente e capaz de reconhecer o valor social e humano do trabalho realizado pelos seus profissionais.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. O Trabalho e as suas Transformações

A compreensão do conceito de trabalho é fundamental para analisar as sociedades contemporâneas, mas a sua definição e delimitação permanece um desafio devido à sua natureza complexa e multidimensional, em permanente reconfiguração e moldada por contextos económicos, sociais, políticos e culturais específicos (Freire, 2001).

O trabalho constitui um eixo estruturante das sociedades modernas. Desde os teóricos fundadores da Sociologia, tem sido reconhecido como central para a análise das dinâmicas sociais, não apenas enquanto atividade produtiva, mas também como uma prática social que configura identidades, relações de poder e estruturas sociais (Marx, 1968; Durkheim, 1999).

Para Marx, o trabalho é, antes de mais, “um processo entre homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços, pernas, cabeça e mãos a fim de apropriar-se da matéria natural de uma forma útil para a sua própria vida. Ao atuar por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nelas adormecidas e sujeita o jogo das suas forças ao seu próprio domínio” (Marx, 1968: secção III). O trabalho, nesta perspetiva, é simultaneamente um ato de produção de bens, mas também de autoconstrução e desenvolvimento das potencialidades humanas.

Por outro lado, para Marx o trabalho é uma dimensão ineliminável da vida humana, cria livre consciência, a realidade, bem como permite dar o salto da mera existência orgânica à sociabilidade (Lukács, 1978: 12).

Antunes (2005) dá conta de uma dimensão dialética do trabalho dado que este “cria, mas também subordina a humanização e degrada, libera e escraviza, emancipa e aliena” (Antunes, 2005: 12).

É frequente definir-se o trabalho como constituindo o exercício de uma atividade. Para Freire (2001) não existe uma “definição sintética”, nem consensual. Ao mesmo tempo, do ponto de vista económico, o trabalho é entendido como qualquer atividade humana, material ou intelectual através da qual se produzem bens e serviços escassos, necessários à reprodução e manutenção da vida individual. Já Giddens (1997: 578) propõe uma definição funcional do trabalho, isto é, como a “realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objetivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas”.

Ainda sobre o conceito de trabalho é relevante abordar a divisão social do trabalho e a crise da sociedade industrial do século XIX, interpretada por Durkheim como uma crise moral das sociedades modernas. Nesse sentido, é evidente a influência de Saint-Simon no pensamento durkheimiano, sobretudo na defesa de uma ordem social assente em valores e normas morais partilhadas (Steiner, 2009: 94). Para Durkheim, a fonte transcendental da ação moral reside na própria sociedade, cuja existência é anterior e superior ao indivíduo. É através da inserção nesse corpo social – e da adesão às suas regras coletivas – que o indivíduo alcança a sua plenitude moral e contribui para a coesão e estabilidade social. Nesse sentido, o autor chama a atenção para o caráter moral da divisão do trabalho, rompendo com os modelos teóricos dominantes da sua época, cuja explicação sociológica do trabalho se centrava sobretudo no aumento da produtividade e na dimensão económica dos salários. Ao contrário da perspectiva marxista, a abordagem durkheimiana atribui “maior importância aos efeitos benéficos da divisão do trabalho sobre a solidariedade do que às suas vantagens económicas” (Glucksmann, 2006: 60). O seu “efeito mais notável” é o de gerar solidariedade entre os membros da sociedade (Durkheim, 1999: 27). Nesta perspetiva, Durkheim desloca o foco da análise das dimensões estritamente económicas para as dimensões morais e sociais do trabalho, compreendendo-o como um fator de coesão e integração social. Na sua explicação sociológica sobre a divisão do trabalho, o autor francês procede a uma contextualização histórica e social da evolução das sociedades, descrevendo a passagem das sociedades simples, baseadas na solidariedade mecânica, para as sociedades complexas, sustentadas por uma solidariedade orgânica.

A solidariedade mecânica caracteriza as sociedades pré-capitalistas, anteriores à Revolução Industrial, nas quais predominava uma baixa especialização das funções e uma forte homogeneidade moral. As atividades eram repetidas de forma rotineira e transmitidas de geração em geração – como no caso do artesão, que dominava integralmente o seu ofício e detinha os meios de produção. Nesses contextos, os indivíduos partilhavam o mesmo sistema de crenças, valores e costumes, a consciência individual era praticamente anulada pela consciência coletiva, que orientava as condutas e assegurava a coesão social (Durkheim, 1999: 50). Com o desenvolvimento da solidariedade orgânica, típica das sociedades modernas e industrializadas, ocorre um processo de individualização crescente. A diferenciação das funções e a interdependência entre os indivíduos tornam-se os principais fatores de coesão, substituindo a semelhança pela complementaridade social. O desenvolvimento da personalidade individual amplia-se e a influência da consciência coletiva enfraquece. Como observa Durkheim, “a consciência coletiva tornava-se mais fraca à medida que a divisão trabalho se desenvolvia” (Durkheim, 1999: 283).

Assim, o trabalho desempenha um papel fundamental na vida das pessoas e na sociedade como um todo. Ao nível individual, além de fornecer um meio de subsistência, também é fonte de realização pessoal e profissional, de integração social e de construção de identidades, contribuindo para a autoestima, a confiança e a sensação de propósito (Dubar, 1991; Schnapper, 1997; Antunes, 1999). Ao nível coletivo, na sociedade, o trabalho é essencial para o desenvolvimento económico e para o crescimento sustentável. Gera rendimento e riqueza, promove a distribuição de recursos e o aumento do bem-estar social, bem como é estruturante das relações sociais (sobretudo as de classe) (Giddens, 1984).

1.2. O Trabalho Digno: Definição e Relevância Contemporânea

A emergência do conceito de trabalho digno é parte de um processo histórico amplo de institucionalização dos direitos laborais e de afirmação da justiça social como princípio orientador das relações de trabalho. Este percurso inicia-se com a constituição da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1919, no contexto da pós-Primeira Guerra Mundial. Nesse período de transformações sociais e económicas intensas, incluindo a industrialização acelerada, as crises económicas e sociais e o aumento das desigualdades, a OIT surge como uma resposta institucional à necessidade de garantir condições mínimas de proteção dos trabalhadores, reconhecendo que o trabalho é um direito humano fundamental e que não pode ser tratado apenas como uma mercadoria.

A Declaração de Filadélfia (OIT, 1944), adotada no contexto do pós-Segunda Guerra Mundial, redefiniu o mandato da OIT, reforçando o seu papel na construção de um quadro internacional de regulação social do trabalho. Em consonância com os ideais sociais e económicos consagrados na Conferência de Bretton Woods, a Declaração afirmou o princípio de que a justiça social constitui o fundamento da paz universal e consolidou a regulação internacional do trabalho como um dos pilares essenciais da ordem mundial no pós-guerra.

Durante as décadas de 1980 e 1990, perante o ímpeto liberalizador, do avanço das políticas de privatização e de redução da proteção social, e apesar de sujeita a uma intensa campanha de deslegitimação, a OIT manteve a defesa dos direitos laborais fundamentais. A sua atuação foi crucial para o fortalecimento da chamada “cláusula social” e para a promoção de debates sobre os impactos sociais da globalização, contribuindo para a sedimentação da democracia no mundo.

A década de 1990 também intensificou o compromisso internacional dos direitos humanos. Encontros como a Conferência Mundial dos Direitos Humanos de Viena (1993) e a Cimeira Mundial das Nações Unidas para Desenvolvimento Social (1995) consolidaram a abordagem dos

direitos humanos como pilares para o desenvolvimento sustentável e para a equidade de gênero no mundo laboral.

Em junho de 1998 foi adotada pela OIT a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais do Trabalho, representando uma resposta às preocupações globais face à liberalização do comércio. Os Estados-membros da OIT comprometeram-se a respeitar, promover e implementar os seguintes princípios fundamentais: a liberdade de associação e o reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; a eliminação de todas as formas de trabalho forçado ou obrigatório; a abolição efetiva do trabalho infantil; e a eliminação da discriminação em matéria de emprego e profissão.

Ao longo do século XX, a OIT consolidou um conjunto de normas internacionais do trabalho com foco na promoção dos direitos fundamentais acima elencados. Esses avanços foram a base para a formulação, já no final do século, de uma concepção integrada e normativamente articulada: o conceito de trabalho digno.

O conceito foi formalmente introduzido pela OIT apenas em 1999, tornando-se, desde então, o eixo central das suas metas estratégicas (ILO, 1999). Esta noção procura materializar, no campo laboral, os princípios e valores consagrados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como a dignidade, a justiça social, a liberdade e a igualdade.

O então diretor-geral da OIT, Juan Somavia, apresentou formalmente o conceito de trabalho digno na 87.^a Sessão da Conferência Internacional do Trabalho (1999), definindo-o como a "oportunidade para homens e mulheres obterem um trabalho produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade humana". A partir desse momento, a OIT iniciou o desenvolvimento da Agenda para o Trabalho Digno como um quadro estratégico e um programa de ação global para transformar o conceito numa realidade prática para todos os trabalhadores.

A Agenda para o Trabalho Digno resume as aspirações do ser humano no domínio das relações laborais e fixa os objetivos sociais e normativos a atingir: oportunidades para realizar um trabalho produtivo com uma remuneração equitativa; segurança no local de trabalho e proteção social para as famílias; melhores perspectivas de desenvolvimento pessoal e integração social; liberdade para expressar as suas preocupações; organização e participação nas decisões que afetam as suas vidas; e igualdade de oportunidades e de tratamento para todas as mulheres e homens.

A Agenda foi-se consolidando, tendo sido progressivamente incorporada nas políticas e programas da OIT e dos seus Estados-membros. Os seus princípios foram integrados em iniciativas internacionais como os Objetivos do Milénio e no relatório da Comissão Mundial sobre a Dimensão Social da Globalização, intitulado "Por uma globalização justa" (OIT, 2008). O

objetivo foi integrar as dimensões económica, social e política do trabalho numa proposta normativa coerente capaz de responder aos desafios colocados pela globalização, pela desregulamentação dos mercados de trabalho e pelo aumento das situações de trabalho informal.

Mais recentemente, em 2015, a centralidade do trabalho digno volta a ser refletida na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, onde surge como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS 8), apelando ao pleno emprego, justiça social, crescimento económico inclusivo e trabalho digno para todos (United Nations, 2015).

A Agenda para o Trabalho Digno da OIT estrutura-se em quatro pilares interdependentes: direitos no trabalho, emprego pleno, proteção social e diálogo social. A interdependência entre esses pilares fundamenta um quadro analítico que maximiza sinergias e propõe políticas e opções institucionais para superar os desafios e as tensões do mundo laboral (Ghai, 2003).

A prossecução dos objetivos do trabalho digno deve estar no centro das estratégias globais, nacionais e locais que visam o progresso económico e social. Atualmente, a OIT, com os seus 187 Estados-membros, reforça o seu carácter universal e a abrangência das suas ações, continuando a desempenhar um papel crucial na promoção das normas internacionais do trabalho, no combate às desigualdades e na construção de um modelo de globalização mais justo, inclusivo e sustentável.

1.3. Os Pilares do Trabalho Digno

Compreender o trabalho digno implica conhecer as suas principais dimensões, tal como definidas pela Agenda do Trabalho Digno da OIT. Estes pilares – emprego pleno, proteção social, direitos fundamentais no trabalho e diálogo social – traduzem-se em componentes fundamentais do trabalho digno que interagem de forma interdependente, influenciando a qualidade e o valor do trabalho nas suas múltiplas expressões (Anker *et al.*, 2003; Ghai, 2003).

1.3.1. Emprego Pleno

O acesso a um emprego pleno e produtivo constitui uma das dimensões centrais do conceito de trabalho digno proposto pela OIT. De acordo com esta abordagem, o emprego pleno não se limita à simples criação de postos de trabalho, mas implica que os indivíduos possam trabalhar em condições que assegurem uma remuneração justa, estabilidade, segurança e reconhecimento social (ILO, 1999; OIT, 2008).

A OIT define o emprego produtivo como aquele que permite aos indivíduos a obtenção de rendimentos adequados e ajustados à satisfação de necessidades básicas, contribuindo

simultaneamente para o desenvolvimento económico e social do indivíduo. Nesse sentido, o emprego produtivo articula duas dimensões interdependentes: a eficiência económica, associada à produtividade do trabalho, e a inclusão social, relacionada com a capacidade de o emprego gerar bem-estar, reduzir a pobreza e promover a coesão social (Anker *et al.*, 2003; Ghai, 2003).

Do ponto de vista analítico, a avaliação do emprego pleno e produtivo tem sido tradicionalmente realizada através de indicadores como: a taxa de participação na força de trabalho (LFPR), a relação emprego-população (EPR) e a taxa de desemprego. Contudo, a OIT tem vindo a defender uma abordagem mais ampla, que considere não apenas a quantidade do emprego, mas também a qualidade, incluindo aspetos como o nível salarial, a estabilidade contratual ou a igualdade de oportunidades (Ghai, 2003).

Esta perspetiva alinha-se com a visão de Amartya Sen (2003), que associa o trabalho à liberdade substantiva dos indivíduos, ou seja, à sua capacidade de escolha, autonomia e realização pessoal. Para o autor, o emprego não é apenas uma fonte de rendimento, mas uma condição essencial para o exercício da cidadania e para o desenvolvimento humano.

No contexto da Guiné-Bissau, o pilar do emprego pleno e produtivo enfrenta limitações estruturais profundas. Embora muitos empregos no setor da saúde sejam formalmente remunerados, persistem atrasos salariais, insuficiência de rendimentos e escassas oportunidades de progressão na carreira, o que compromete a função social do trabalho. O emprego converte-se, antes, num espaço de vulnerabilidade e incerteza económica.

1.3.2. Proteção Social

A proteção social constitui outro dos pilares fundamentais do trabalho digno. Os sistemas de previdência social destinam-se a responder às necessidades imediatas de subsistência e a proteger os trabalhadores contra contingências, como situações de desemprego, doença, maternidade, invalidez e pobreza na velhice. Ao longo dos últimos 100 anos, os sistemas de previdência social (*welfare state*), projetados para fornecer proteção social aos trabalhadores e para reduzir a pobreza da população, especialmente entre os grupos vulneráveis, têm-se consolidado na maioria dos países industriais através do desenvolvimento de uma variedade de programas de assistência social. A OIT tem assumido um papel relevante nesta consolidação através da produção de normas internacionais com vista à proteção geral dos trabalhadores e das suas famílias (OIT, 2001).

A Convenção nº 102 da OIT sobre os Padrões Mínimos da Proteção Social (1952), estabelece nove tipos de prestações essenciais: assistência médica, subsídios por doença,

desemprego, velhice, acidentes de trabalho, encargos familiares, maternidade e/ou parentalidade, invalidez e sobrevivência.

Nos países em desenvolvimento, como é o caso da Guiné-Bissau, Ghai (2003) propõe uma classificação das necessidades de proteção social em três categorias. A primeira compreende as necessidades básicas, como acesso a nutrição adequada, a cuidados de saúde primários, à educação primária, a água potável, condições dignas de saneamento e habitação. A segunda categoria diz respeito a contingências como doença, acidente ou morte do principal ganha-pão, invalidez, velhice e apoio a grupos vulneráveis (órfãos, viúvas). A terceira categoria inclui os desastres naturais como inundações, secas e terremotos que podem resultar na destruição maciça de propriedades, meios de subsistência e fontes de apoio.

O acesso à proteção social é, portanto, essencial para assegurar a dignidade humana, reduzir as desigualdades e promover o bem-estar social.

1.3.3. Direitos Fundamentais

Esta dimensão do trabalho digno tem como foco a garantia dos direitos fundamentais no trabalho, nomeadamente: a eliminação do trabalho forçado e do trabalho infantil e a proibição da discriminação no trabalho. Desde a sua fundação, a OIT tem trabalhado ativamente na defesa destes direitos universais, desenvolvendo e estabelecendo uma série de padrões internacionais definindo esses direitos, e elaborando diretrizes para a sua proteção e promoção.

A discriminação no trabalho envolve a negação da igualdade de tratamento e de oportunidades aos indivíduos por direito próprio ou como membros de um grupo social. A discriminação no trabalho refere-se a qualquer distinção, exclusão ou preferência baseada na raça, cor, sexo, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha como efeito anular ou prejudicar a igualdade de oportunidades no acesso ao trabalho ou de tratamento no emprego e na profissão. Trata-se de uma violação dos direitos fundamentais do trabalho, conforme consagrado na Convenção nº. 111 da OIT (1958), que visa garantir o acesso equitativo ao trabalho digno para todos.

No caso específico da discriminação de género, esta manifesta-se frequentemente de diversas formas, incluindo a sub-representação das mulheres em empregos qualificados, diferenças salariais em relação aos homens, menor acesso a oportunidades de promoção e de formação. Para avaliar essa realidade, podem utilizar-se indicadores como a taxa de participação das mulheres na força de trabalho, a taxa de emprego feminino na proporção da população em idade ativa, a taxa de desemprego por géneros, as diferenças nos ganhos (e outros benefícios), a distribuição de cargos qualificados entre homens e mulheres. Estes indicadores relevam,

frequentemente, disparidades persistentes entre mulheres e homens no mercado de trabalho. Segundo (Anker,1998), tais disparidades podem resultar de múltiplos fatores, incluindo discriminação, baixas qualificações, menor produtividade (muitas vezes relacionadas com exclusões estruturais e não com a sua capacidade individual). Dessa forma, tais indicadores funcionam como medidas indiretas e aproximadas da discriminação de género no trabalho, refletindo as condições desiguais de acesso, permanência e progressão profissional entre homens e mulheres.

Outro aspeto essencial nesta dimensão dos direitos fundamentais são as condições de trabalho. Ghai (2003) considera que estas envolvem fatores como o trabalho noturno, o número de horas trabalhadas, o direito ao descanso semanal, as férias remuneradas, e, ainda, a segurança e saúde no trabalho.

De acordo com a OIT (1999), todos os anos cerca de 250 milhões de trabalhadores sofrem acidentes e 300.000 morrem no exercício do seu trabalho. A OIT tem adotado diversas convenções para mitigar este cenário, sendo a mais relevante a Convenção nº 155 sobre Segurança e Saúde no Trabalho (1981), que estabelece diretrizes gerais para a proteção dos trabalhadores. Outras convenções abordam riscos específicos (como substâncias e produtos tóxicos), e áreas industriais vulneráveis (como a construção civil) (OIT, 1992).

Segundo Moreira e Magalhães (2012), a proteção da saúde e segurança no trabalho constitui uma expressão concreta da dignidade humana e impõe ao empregador e ao Estado o dever de garantir ambientes laborais seguros, bem como a prevenção de acidentes e de doenças resultantes da atividade laboral.

1.3.4. Diálogo Social

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 2015), o diálogo social abrange todas as formas de negociação, consulta ou partilha de informação entre representantes de empregadores e de trabalhadores, sobre questões de interesse comum relacionadas com políticas económicas e sociais. O seu objetivo é alcançar metas sociais e económicas, além de garantir que os trabalhadores tenham voz e desempenhem um papel ativo na sociedade e no mundo laboral. De acordo com a OIT, o diálogo social está intrinsecamente ligado às normas internacionais do trabalho, uma vez que tanto as recomendações, como as convenções da Organização preveem a consulta prévia às organizações de empregadores e trabalhadores. De facto, a OIT é a única agência tripartida das Nações Unidas – tal significa que os representantes dos governos, empregadores e trabalhadores participam, equitativamente, na elaboração das normas e definição das políticas internacionais.

O diálogo social desempenha um papel essencial na orientação dos governos na elaboração de leis e políticas nacionais que visam cumprir as normas internacionais do trabalho, considerando as realidades e necessidades dos empregadores e dos trabalhadores. No entanto, apesar da sua importância, persistem dificuldades na sua implementação, como a ausência de condições fundamentais para a liberdade sindical e a existência de mecanismos inadequados de negociação coletiva (Januzzi & Magalhães, 2015; OIT, 2015;).

No que diz respeito à negociação coletiva, Carvalho (2016) afirma que o surgimento do diálogo social foi impulsionado por uma exigência popular para mitigar os conflitos sociais entre os setores da classe trabalhadora – economicamente subordinada – e os empregadores, que detêm o poder económico. Enquanto os empregadores procuram reduzir custos e aumentar lucros, os trabalhadores reivindicam melhores salários e condições de trabalho.

Em Cerejeira Namora e Barroso (2019: 1640) reforça-se que “a negociação coletiva é um dos mais importantes métodos de solução de conflitos existentes na sociedade contemporânea. Sem dúvida, é o mais destacado no que refere a conflitos trabalhistas de natureza coletiva”. Também se refere que “a negociação coletiva é uma forma de ajuste de interesses entre as partes, que acertam os diferentes entendimentos existentes, visando encontrar uma solução capaz de compor suas posições” (Cerejeira Namora & Barroso, 2019: 1197). Destaca-se ainda que a negociação coletiva possui natureza democrática, promovendo o debate sobre divergências e procurando resultados que conduzam à paz entre as partes.

Bittencourt (2019) defende que a negociação coletiva e a liberdade sindical estão diretamente interligadas, não podendo o poder público restringir esse direito nem exigir homologação para a sua validade. Uma vez realizada, a negociação coletiva constitui uma espécie de “lei entre as partes” (Martins, 2019).

Oliveira, Carvalhido e Bittencourt (2021) afirmam que, por meio da negociação coletiva, são estipulados direitos laborais ajustados à realidade concreta em que se aplicam, observando sempre os estabelecidos pela Constituição. O acordo coletivo de trabalho e a convenção coletiva constituem os resultados tangíveis desse processo negocial, assumindo a forma de contratos com força normativa, dotados de validade jurídica entre as partes que os subscrevem.

Assim, a negociação coletiva configura-se como um dos principais instrumentos de concretização do diálogo social, ao possibilitar o protagonismo dos trabalhadores, representados pelos seus sindicatos, e a adaptação da legislação laboral às especificidades locais, sem descuidar o respeito pelos direitos fundamentais garantidos constitucionalmente (Delgado, 2019).

Um dos direitos fundamentais subjacentes à dimensão do diálogo social, prende-se com a liberdade de associação dos trabalhadores. A liberdade de associação é reconhecida como um

direito humano fundamental consagrado em documentos-chave das Nações Unidas, como a Carta das Nações Unidas e a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Este direito garante que trabalhadores e empregadores possam formar e integrar organizações independentes, a fim de defender os seus interesses, organizar atividades conjuntas e participar nas negociações e processos de tomada de decisão que os afetem diretamente (OIT, 2015).

Desde a sua fundação, a OIT tem promovido e protegido este direito, tendo adotado uma série de convenções específicas que reforçam o seu papel normativo nesta área. Entre as principais destacam-se: Convenção n.º 11 sobre o Direito de Associação na Agricultura (1921); Convenção n.º 87 sobre a Liberdade de Associação e a Proteção do Direito de Organização (1948); Convenção n.º 98 sobre o Direito de Organização e Negociação coletiva (1949); e a Convenção n.º 141 sobre as Organizações dos Trabalhadores Rurais (1975).

Estas convenções estabelecem as bases legais internacionais para o exercício livre da atividade sindical, tanto no setor público como privado, e reforçam a importância do diálogo social como mecanismo de promoção do trabalho digno.

No caso da Guiné-Bissau, este direito reveste-se de especial importância. O país é membro da OIT e ratificou várias convenções fundamentais, incluindo aquelas relacionadas com a liberdade sindical, acidentes laborais, doenças profissionais e condições de trabalho justas, como a limitação das horas de trabalho. Contudo, apesar da adesão formal a esses instrumentos internacionais, persistem dificuldades na sua aplicação prática, sobretudo no que diz respeito à efetivação da liberdade sindical e à proteção de trabalhadores em setores vulneráveis.

1.4. Contexto de análise do Trabalho Digno: Saúde e Educação na Guiné-Bissau

A análise do trabalho digno no setor da saúde revela-se essencial num contexto marcado por fragilidades estruturais e resultados preocupantes em indicadores-chave de saúde pública (Guerreiro *et al.*, 2019). A Guiné-Bissau enfrenta desafios significativos na prestação de cuidados de saúde, refletidos em taxas elevadas de mortalidade materna e infantil, bem como na escassez de profissionais qualificados e infraestruturas adequadas.

No que diz respeito à mortalidade infantil, os dados do Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) de 2018-2019 indicam uma taxa de 35 óbitos por 1.000 nados-vivos durante o primeiro ano de vida. Este resultado, eventualmente subestimado, resultando de estimativas, revela lacunas graves na cobertura e qualidade dos serviços de saúde materno-infantil.

No caso da taxa de mortalidade materna, embora se aponte para uma redução dos seus valores nos últimos anos, permanece em níveis alarmantes, sobretudo se se pensar na mortalidade materna como um fenómeno evitável (Loudon, 1992). Em 2022, estimava-se em 548

mortes por 100.000 nados-vivos, uma das mais altas do mundo (UNICEF Guiné-Bissau, n.d.). A esta realidade não será indiferente a existência de obstáculos geográficos e logísticos para chegar e aceder a unidades de saúde em todo o país, mas também o funcionamento das instituições existentes e as condições de formação e trabalho dos profissionais da área da saúde. A ausência de dados atualizados sobre saúde materna nos relatórios oficiais é, por si só, um reflexo das limitações na monitorização e gestão do sistema de saúde.

A fragilidade do sistema de saúde está intimamente ligada à debilidade do sistema educativo, que compromete a formação de profissionais qualificados. A educação na Guiné-Bissau enfrenta múltiplos desafios, entre os quais se destacam o abandono escolar, o arranque tardio das aulas, a escassez de professores e infraestruturas, e as desigualdades no acesso à educação.

Segundo os dados mais recentes (quadro 1.4.1), apenas 27% das crianças que entram no sistema educativo conseguem concluir o primeiro ciclo do ensino básico, e apenas 17% concluem o terceiro ciclo (equivalente ao 9.º ano). A taxa de repetência é elevada, com 21% no primeiro ciclo e 18% no segundo, o que contribui para o abandono escolar. A entrada tardia na escola é outro fator crítico: mais de 96% das crianças no segundo ano estão acima da idade recomendada, sendo que no quinto ano essa percentagem sobe para 98%. As desigualdades de género e territoriais são marcantes.

Quadro 1.4.1. Indicadores de saúde e educação: resultados e fontes, Guiné-Bissau

Indicador	Valor/Descrição (ano)	Entidade/Fonte
Taxa de mortalidade materna	548 por 100.000 nados-vivos (2022)	UNICEF Guiné-Bissau (n.d.); OMS (2025)
Taxa de mortalidade infantil (0-1 ano)	35 por 1.000 nados-vivos (2018-2019)	MICS6 – INE & UNICEF (2020)
Acesso a centro de saúde mais próximo	66% da população caminha mais de 1 hora	UNICEF Guiné-Bissau (n.d.)
Conclusão do 1.º ciclo do ensino básico	27% das crianças (47% no meio urbano e 17% no meio rural)	MICS6 – INE & UNICEF (2020)
Conclusão do 3.º ciclo do ensino básico	17% dos alunos	MICS6 – INE & UNICEF (2020)

Fonte: Elaboração própria, a partir das fontes indicadas no quadro.

O abandono escolar e insucesso escolar na Guiné-Bissau comprometem não apenas o direito à educação, mas também a sustentabilidade do sistema de saúde, ao limitar a formação

de profissionais qualificados. A ausência de uma trajetória educativa contínua e inclusiva impede que muitos jovens, especialmente mulheres em zonas rurais, acessem a oportunidades de formação técnica e superior na área da saúde. Esta realidade fragiliza a capacidade do país de garantir condições de trabalho dignas no setor, perpetuando a escassez de recursos humanos e a desigualdade no acesso aos cuidados.

Neste cenário, o conceito de trabalho digno assume uma importância estratégica. É nesse sentido que o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) 2023-2032, produzido Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau (2023), reconhece a necessidade de melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, aumentar a sua qualificação e garantir uma distribuição equitativa dos recursos humanos no território. A valorização do trabalho digno é, portanto, um pilar fundamental para a construção de um sistema de saúde eficaz e resiliente.

Capítulo 2 – Objetivos e Metodologia

2.1. Objetivos e enquadramento metodológico

Esta dissertação tem como objetivo central analisar o trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau. Em concreto, procura-se, por um lado, entender as articulações entre o quadro normativo internacional, definido pela OIT, e o quadro nacional, e, por outro, analisar as experiências concretas e as percepções dos profissionais de saúde relativamente às suas condições de trabalho digno.

A investigação estrutura-se, assim, em torno de dois objetivos específicos: 1) identificar e analisar as dimensões do trabalho digno cobertas pela adesão da Guiné-Bissau às convenções internacionais da OIT; 2) perceber de que forma os princípios do trabalho digno, incorporados no quadro institucional nacional, se concretizam (ou não) nas práticas quotidianas e nas percepções dos profissionais de saúde na Guiné-Bissau, confrontando o discurso normativo com as condições e experiências concretas de trabalho dos indivíduos.

A pesquisa assenta numa abordagem qualitativa e, a partir do referencial normativo da OIT, que define o trabalho digno em torno de quatro eixos estruturantes – emprego pleno e produtivo, proteção social, direitos fundamentais e diálogo social –, procura-se compreender os significados que os indivíduos atribuem ao seu trabalho e às suas condições laborais, bem como identificar os constrangimentos e potencialidades do sistema de saúde no cumprimento desses princípios. A concretização dos objetivos propostos exigiu a articulação entre uma análise documental, centrada nas convenções da OIT, e uma análise empírica de carácter interpretativo, que envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde, centrada nos seus discursos e representações.

A opção metodológica de uma abordagem qualitativa justifica-se pela sua adequação ao estudo de fenómenos sociais complexos, permitindo captar em profundidade os significados atribuídos pelos indivíduos, as suas experiências concretas e as representações sociais associadas ao trabalho (Quivy & Campenhoudt, 2005; Bryman, 2012).

A perspetiva adotada neste estudo interpreta o trabalho não apenas enquanto atividade económica, mas enquanto uma prática social dotada de significado, atravessada por relações de poder, normas institucionais e valores coletivos (Schnapper, 1997; Antunes, 1999). Assim, a análise do trabalho digno no setor da saúde é concebida como um processo que articula dimensões normativas, institucionais e subjetivas, permitindo observar a distância (ou a convergência) entre os princípios formais da OIT e a realidade vivida pelos profissionais de saúde guineenses.

2.2. Desenho da pesquisa, recolha e análise dos dados

A pesquisa foi realizada em duas fases complementares. Numa primeira fase, centrada no enquadramento internacional e normativo, e para dar resposta ao primeiro objetivo específico da investigação, foram examinadas as principais convenções da OIT. Esta etapa incluiu também a análise da adesão formal da Guiné-Bissau a essas convenções, procurando identificar a distância temporal entre a formulação internacional destas normas e a sua incorporação no contexto nacional.

A análise documental incluiu ainda relatórios oficiais da OIT, o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS 2023-2032) e legislação nacional pertinente, permitindo estabelecer um quadro de referência institucional para a análise empírica.

Numa segunda fase da investigação, que se centrou na análise da concretização dos princípios do trabalho digno a partir das experiências e perceções dos profissionais de saúde, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a seis profissionais com perfis diversos, incluindo médicos, enfermeiros e agentes de saúde comunitária, e integrados em diferentes níveis do sistema de saúde (hospitalar e comunitário).

As entrevistas foram realizadas online, entre julho e agosto de 2025, e tiveram uma duração média de 1 hora e 10 minutos. Seguiram um guião semiestruturado (ver Anexo A) construído a partir dos quatro pilares do trabalho digno definidos pela OIT e adaptados ao contexto da Guiné-Bissau: 1) *emprego pleno e produtivo*: procurou-se compreender as trajetórias educativas e profissionais dos entrevistados, formas de inserção no mercado de trabalho, os vínculos contratuais e as perceções sobre estabilidade profissional; 2) *proteção social*: abordou-se o acesso a mecanismos de segurança e proteção em diferentes domínios como licenças, férias, seguro de saúde e apoios em caso de doença ou acidentes de trabalho, bem como as perceções sobre desigualdade de género no usufruto desses direitos; 3) *direitos fundamentais no trabalho*: exploraram-se as experiências de discriminação, as condições materiais, as condições salariais, o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal/familiar e o acesso a regalias laborais ou oportunidades de formação; 4) *diálogo social*: analisou-se a perceção dos trabalhadores sobre a liberdade de expressão, a existência de estruturas representativas (como sindicatos), a possibilidade de reivindicação coletiva e o envolvimento dos profissionais nos processos de decisão. No final, abordaram-se também as motivações dos profissionais para o seu envolvimento na área da saúde, bem como as suas perceções acerca da valorização social e reconhecimento do seu trabalho e as suas expectativas em relação ao futuro.

As entrevistas foram gravadas (com o consentimento informado dos participantes) e transcritas integralmente. A amostra, embora reduzida, foi intencionalmente diversificada, permitindo captar a heterogeneidade de papéis profissionais, trajetórias e posições institucionais no sistema de saúde guineense.

A análise das entrevistas seguiu uma técnica de análise de conteúdo temática, com categorias dedutivas (a partir dos quatro pilares do trabalho digno definidos pela OIT). Para operacionalizar a análise, elaboraram-se cinco grelhas de análise de conteúdo (ver Anexo B), correspondendo às quatro dimensões da OIT, e uma quinta relativa às motivações e percepções de reconhecimento dos profissionais. A construção das grelhas possibilitou a sistematização dos discursos (agrupamento e comparação dos excertos) e uma leitura transversal dos testemunhos recolhidos.

Complementarmente, recorreu-se ao programa MAXQDA (versão 2024) para apoiar o processo de codificação e organização dos dados. Elaborou-se um dicionário de categorias e o processo de codificação adotou uma abordagem dedutiva a partir das dimensões analíticas previamente definidas. Adicionalmente, construíram-se nuvens de palavras, a partir das frequências lexicais dos segmentos codificados (após a exclusão dos termos sem interesse analítico). As nuvens de palavras foram utilizadas de forma exploratória e ilustrativa, permitindo identificar termos recorrentes e apoiar a interpretação qualitativa dos testemunhos.

A investigação respeitou os princípios éticos da confidencialidade, do consentimento informado e da preservação do anonimato dos participantes. O consentimento informado foi obtido verbalmente e registado no início de cada gravação. As transcrições foram anonimizadas. Todos foram informados acerca dos objetivos do estudo e autorizaram a utilização dos seus testemunhos exclusivamente para fins académicos.

Capítulo 3 – Apresentação dos resultados e discussão

3.1. Adesão da Guiné-Bissau às normas internacionais de trabalho

Numa primeira fase da pesquisa realizada, procurou-se identificar e analisar em que medida o quadro normativo e institucional da Guiné-Bissau se tem vindo a aproximar das normas internacionais de promoção do trabalho digno. Nesse sentido, a análise desenvolvida incidiu sobre as convenções fundamentais, técnicas e de governação da OIT ratificadas pelo país, pretendendo também explorar a distância temporal entre a adoção internacional dessas convenções e a sua incorporação no quadro normativo nacional.

A Guiné-Bissau tornou-se Estado-membro da OIT, em 1977, 58 anos depois da fundação da organização, em 1919. A entrada, relativamente tardia, no sistema internacional do trabalho deve ser compreendida à luz do contexto sociopolítico e histórico do país. A adesão ocorre após a independência nacional (proclamada a 24 de setembro de 1973 e reconhecida oficialmente apenas a 10 de setembro de 1974). Esta integração assinala, contudo, o compromisso formal do Estado guineense com os princípios da OIT, designadamente com a promoção do trabalho digno, a proteção dos direitos laborais e a melhoria das condições de vida dos trabalhadores.

O quadro seguinte (quadro 3.1.1.) apresenta as principais convenções da OIT ratificadas pela Guiné-Bissau, agrupadas segundo a sua tipologia – fundamentais, técnicas e de governação (ou prioritárias)¹ –, bem como as respetivas datas de adesão.

A OIT adotou, até 2025, 192 convenções, das quais dez são consideradas fundamentais, quatro de governação (ou prioritárias) e 178 de carácter técnico. Estas convenções constituem o principal instrumento normativo internacional de regulação do trabalho e representam um compromisso global com a promoção do trabalho digno. A Guiné-Bissau ratificou, até à data, um total de 34 convenções, das quais 27 se encontram atualmente em vigor. Entre estas, oito correspondem às convenções fundamentais (de um total de 10), assegurando formalmente a adesão expressiva do país aos princípios universais do trabalho digno – destas convenções fundamentais não foram ratificadas pelo Estado guineense a convenção sobre a segurança e saúde dos trabalhadores (nº155, de 1981) e a convenção sobre o quadro promocional para a segurança e saúde no trabalho (nº187, de 2006). Outra das convenções ratificadas pelo país integra o grupo das quatro convenções de governação/prioritárias (foi apenas ratificada a

¹ Convenções fundamentais: relativas a princípios e direitos fundamentais no trabalho; Convenções técnicas: convenções de carácter técnico, focadas sobretudo nas normas técnicas e em questões específicas sobre as condições de trabalho. Convenções de governação (ou prioritárias): focadas em regras e princípios de carácter mais amplo (incluindo a própria OIT).

convenção sobre a inspeção no trabalho). E, entre as 178 convenções técnicas, a Guiné-Bissau ratificou 25 (o que representa uma adesão limitada a este conjunto mais vasto de normas) – do total de convenções técnicas não foram ratificadas as que se debruçam sobre temáticas como a proteção social e os direitos laborais; a saúde, segurança e condições de trabalho; trabalhadores migrantes ou jovens e outras populações vulneráveis; ou o desenvolvimento, educação e informação. Nenhuma convenção foi denunciada pelo país, embora sete tenham sido, entretanto, revogadas pela OIT no processo de atualização e harmonização do quadro normativo internacional do trabalho.

Quadro 3.1.1. Ratificação das convenções fundamentais da OIT pela Guiné-Bissau

Convenção fundamental adotada pela OIT	Ano da ratificação pela Guiné-Bissau
Convenção sobre o trabalho forçado ou obrigatório (nº29), 1930	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a liberdade sindical e a proteção do direito sindical (nº87), 1948	9 de junho, 2023
Convenção sobre o direito de organização e negociação coletivo (nº 98), 1948	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre igualdade de remuneração (nº100), 1951	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a abolição do trabalho forçado (nº105), 1957	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre discriminação (emprego e ocupação) (nº111), 1958	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a idade mínima (nº138), 1973	05 de março, 2009
Convenção sobre as piores formas de trabalho infantil (nº182), 1999	26 de agosto, 2008
Convenção Técnica	Ano da ratificação da Guiné-Bissau
Convenção sobre horas de trabalho (indústria) (nº1), 1919	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre trabalho noturno (Mulheres) (nº4) ^(a) , 1919	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o trabalho noturno de jovens (indústria) (nº 6), 1919	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o descanso semanal (indústria) (nº14), 1921	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a idade mínima (marinha) (nº7) ^(a) , 1920	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre indenização por acidentes de trabalho (agricultura) (nº12), 1921	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre acidentes de trabalho (nº 17), 1925	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o descanso semanal (nº14), 1921	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre acidentes de trabalho (doenças profissionais) (nº 18), 1925	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre igualdade de tratamento (indenização por acidentes) (nº 19), 1925	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre mecanismos de fixação do salário mínimo (nº 26), 1928	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a marcação de peso (embalagens transportadas por navios) (nº 27), 1929	21 de fevereiro, 1977

Convenção sobre o trabalho subterrâneo (mulheres) (nº 45) ^(a) , 1935	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre alimentação e catering das tripulações (navios) (nº 68), 1946	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre certificação de cozinheiros de navios (nº 69), 1946	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre exame médico dos marítimos (nº 73) ^(a) , 1946	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre certificação de marinheiros habilitados (nº 74) ^(a) , 1946	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o serviço de emprego (nº 88), 1948	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o trabalho noturno (mulheres) [Revista] (nº 89), 1948	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre férias pagas (marítimos) [Revista] (nº 91) ^(a) , 1949	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre alojamento das tripulações [Revista] (nº 92), 1949	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre a abolição de sanções penais (trabalhadores indígenas) (nº 104) ^(a) , 1955	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre descanso semanal (comércio e escritórios) (nº 106), 1957	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre populações indígenas e tribais (nº 107), 1957	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre Documentos de Identificação dos Marítimos (nº 108), 1958	21 de fevereiro, 1977
Convenção sobre o trabalho marítimo (MLC, 2006)	21 de fevereiro, 1977
Convenção de governação (prioridade)	Ano da ratificação da Guiné-Bissau
Convenção sobre inspeção do trabalho (Nº 81), 1948	21 de fevereiro 1977

Legenda: (a) representa convenções revogadas pela OIT

Fonte: Organização Internacional do Trabalho (OIT). Elaboração própria. Disponível em:

https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:103065

Este panorama evidencia um nível de compromisso formal da Guiné-Bissau com as normas internacionais do trabalho, embora permaneçam desafios centrais para a consolidação do trabalho digno no contexto guineense.

A análise temporal da ratificação evidencia uma adesão fortemente concentrada em 1977, coincidindo com o momento da integração do país na OIT. As ratificações posteriores, nomeadamente das convenções sobre a idade mínima (nº138, em 2009), a convenção sobre as piores formas de trabalho infantil (nº182, em 2008) e sobre a liberdade sindical e a proteção do direito sindical (nº87, 2023), refletem uma tentativa de atualização normativa em resposta às exigências internacionais e aos compromissos da Agenda do Trabalho Digno.

Contudo, a distância entre a adoção internacional das convenções pela OIT e a sua ratificação nacional temporal é significativa. Por exemplo, a Convenção sobre a Idade Mínima (nº 138) adotada pela OIT em 1973, foi ratificada apenas em 2009 pela Guiné-Bissau (36 anos

depois); a Convenção sobre a Liberdade Sindical e Proteção do Direito Sindical (nº 87), de 1948, foi ratificada apenas em 2023, registando um intervalo de 75 anos.

Estas diferenças temporais ilustram as dificuldades estruturais e institucionais do Estado guineense em acompanhar as evoluções das normas internacionais do trabalho. Para além disso, a adesão formal às convenções nem sempre se traduziu na sua implementação efetiva, refletindo o desfasamento entre o plano normativo e a realidade socioeconómica do país.

É possível concluir que a adesão formal da Guiné-Bissau à OIT e às suas convenções foi fortemente condicionada pelo contexto político do período pós-independência e pela fragilidade das instituições nacionais. A adesão normativa, em grande medida, reflete um compromisso simbólico com os princípios do trabalho digno, mais do que a sua incorporação efetiva no sistema institucional nacional. Este movimento duplo – entre compromisso formal e fragilidade operacional – constitui um traço central do modelo guineense na regulação laboral e será aprofundado na análise das perceções e experiências concretas dos profissionais de saúde apresentada nas secções seguintes.

3.2. Experiências de trabalho e perceções dos profissionais de saúde guineenses

3.2.1. Caracterização dos entrevistados

Numa segunda fase desta pesquisa, procurou-se auscultar os profissionais de saúde, de forma a aferir as suas perceções e experiências de trabalho digno. Para o efeito realizaram-se entrevistas semiestruturadas a diversos profissionais que exercem a sua atividade no setor da saúde.

Os entrevistados que participaram no estudo representam uma amostra intencionalmente diversificada, refletindo a pluralidade de papéis profissionais, funções, trajetórias e formas de inserção laboral existentes no sistema de saúde do país. Esta heterogeneidade permite uma leitura abrangente das condições de trabalho no país.

Foram realizadas entrevistas a seis profissionais (identificados como E1 a E6), todos com experiência direta na área da saúde (ver quadro 3.2.1.1), mas com trajetórias formativas e vínculos contratuais distintos.

Dois dos entrevistados são médicos (E1 e E2), ambos com formação superior em medicina, um formado no país e outro na China, respetivamente. E1 exerce funções como diretor do serviço de mobilidade (transferência de doentes) do Hospital Nacional Simão Mendes, o principal hospital público do país, acumulando ainda funções numa entidade privada (enquanto trabalhador por conta própria). Já E2 trabalha como cirurgião pediátrico no Hospital Militar,

acumulando igualmente atividades empresariais numa empresa no setor farmacêutico (empresário). Os dois revelam alguma estabilidade ao nível dos vínculos contratuais, dado que possuem contratos de trabalho sem termo, e referem uma trajetória profissional contínua, sem interrupções significativas. O acesso ao primeiro emprego foi, no caso de E2, por concurso promovido pela organização Médicos Sem Fronteiras, enquanto E1 iniciou o seu percurso profissional como docente universitário antes de ingressar em medicina.

Quadro 3.2.1.1. Caracterização dos entrevistados

Entrevistado	Género	Idade	Escolaridade	Papel profissional	Organização de trabalho	Setor
E1	Homem	32	Licenciatura em Medicina	Médico (diretor de serviço) & Trabalhador por conta própria numa empresa privada	Hospital Nacional Simão Mendes	Público
E2	Homem	33	Licenciatura em Medicina	Médico (cirurgião pediátrico) & Empresário (farmacêutica)	Hospital Militar / Farmacêutica	Público / Privado
E3	Mulher	39	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeira	Centro de Saúde de Bandim	Público
E4	Mulher	33	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeira	Hospital Nacional Simão Mendes	Público
E5	Homem	36	Licenciatura	Agente de saúde comunitária & Professor	Colaboração com Hospital de Bolama / Ministério da Educação	Voluntário no projeto de saúde comunitária / Setor público (professor)
E6	Homem	24	Ensino secundário (12º)	Agente de saúde comunitária	UNICEF	Terceiro setor (ONG)

Fonte: Entrevistas realizadas a seis profissionais de saúde na Guiné-Bissau. Elaboração própria.

Duas entrevistadas são enfermeiras (E3 e E4), com formação superior em enfermagem e inseridas no setor público. E3 trabalha num centro de saúde no bairro de Bandim e E4 no Hospital Nacional Simão Mendes, ambos em Bissau. Relativamente às formas de ingresso na profissão,

E3 refere ter sido colocada diretamente pelo Ministério da Saúde após a formação, enquanto E4 entrou por concurso. Referem trajetórias estáveis, com apenas breves interrupções após a formação inicial. As suas experiências revelam a existência de uma estabilidade contratual relativa, mas condicionada por limitações materiais e pela sobrecarga laboral, típica das unidades públicas.

Dois entrevistados (E5 e E6) exercem funções como agentes de saúde comunitária. E5 acumula essa atividade com a docência no ensino público, enquanto E6, o mais jovem dos entrevistados, concluiu o ensino secundário e trabalha em colaboração com a UNICEF. Ambos atuam em regime de voluntariado, sem vínculo contratual formal e a sua “remuneração” depende de subsídios pontuais ou do cumprimento de relatórios. O recrutamento ocorre, segundo os próprios, por convite ou mediação de organizações internacionais, refletindo a informalidade e a dependência externa que caracterizam o trabalho comunitário no país. As suas funções envolvem atividades de prevenção, sensibilização, registo de agregados familiares, acompanhamento de grávidas e encaminhamento de doentes, o que os coloca numa posição essencial, mas frequentemente invisível na estrutura do sistema de saúde no país.

3.2.2. O trabalho digno no setor da saúde: experiências e perceções dos profissionais entrevistados

3.2.2.1. Emprego Pleno

O primeiro pilar da Agenda do Trabalho Digno da Organização Internacional do Trabalho (OIT) refere-se à promoção do emprego pleno e produtivo, entendido como aquele que assegura oportunidades de trabalho estáveis, justamente remuneradas e exercidas em condições seguras e saudáveis, permitindo o desenvolvimento pessoal e profissional dos trabalhadores (OIT, 1999; Ghai, 2003). Trata-se, portanto, de um ideal normativo que articula dimensões económicas, institucionais e humanas do trabalho, alicerçado na ideia de que a atividade laboral deve constituir não apenas um meio de subsistência, mas também uma via para a realização pessoal e para a integração social. No contexto da Guiné-Bissau, este ideal confronta-se com múltiplas limitações estruturais e institucionais persistentes, resultantes de um quadro económico frágil e de políticas de trabalho ainda incipientes, que se tornam evidentes na análise das entrevistas realizadas aos diversos profissionais do setor da saúde; de facto, a análise realizada dá conta da tensão entre os ideais normativos da OIT, alguns ratificados pelo país, e a realidade empírica dos indivíduos.

Os entrevistados E1 a E4, todos integrados no setor público, referem possuir contratos de trabalho por tempo indeterminado, o que sugere, à partida alguma estabilidade formal. Como afirma E1: “O vínculo contratual é de tempo indeterminado”, ao que E2, médico no Hospital Militar, acrescenta: “Vínculo contratual é de tempo indeterminado.”. Esta formalidade contratual não deve, contudo, ser confundida com segurança efetiva no emprego, já que, segundo outros testemunhos, as condições de trabalho permanecem configuradas por baixos salários, atrasos no pagamento e falta de oportunidades de progressão na carreira. Por outro lado, a situação dos agentes de saúde comunitária (E5 e E6), expõe uma dimensão ainda mais precária do sistema. Estes profissionais exercem a sua atividade sem contratos formais de trabalho e, frequentemente em regime de voluntariado, como evidencia E5: “Na saúde não dá contrato para agente de saúde comunitária porque é um trabalho voluntariado”, E6 reforça: “Normalmente não temos vínculo de contrato de trabalho.” A ausência de vínculos contratuais traduz-se não apenas na insegurança laboral, mas também na invisibilidade institucional e desvalorização simbólica do trabalho que desempenham – apesar da sua relevância no atendimento primário e na promoção da saúde comunitária. Este contraste revela uma dualidade estrutural no mercado de trabalho no setor da saúde na Guiné-Bissau: por um lado, um núcleo restrito de profissionais integrados no sistema estatal, com algum grau de proteção e reconhecimento; por outro, trabalhadores informais e voluntários, desprovidos de direitos e garantias.

O acesso ao primeiro emprego é um momento crítico na trajetória profissional, marcando a transição entre a formação e a inserção efetiva no mercado de trabalho. Nos testemunhos recolhidos emergem trajetórias distintas que refletem, por um lado, práticas institucionais formais e, por outro, mecanismos informais de recrutamento. E2, médico, relata ter sido contratado através de um concurso promovido pela organização Médicos Sem Fronteiras e E4, enfermeira, também menciona a realização de concurso como via de entrada. Estes testemunhos sugerem a existência de alguns canais de recrutamento pautados por critérios formais e competitivos, ainda que dependentes, muitas vezes, de iniciativas externas ao Estado. Contudo, a experiência de E5, agente de saúde comunitária, denuncia práticas de recrutamento baseadas em relações pessoais e familiares: “A forma de integrar o mercado de trabalho na Guiné-Bissau vem do conhecimento ou de questão familiares.” Esta crítica aponta para a ausência de mecanismos meritocráticos, o que compromete a equidade no acesso ao emprego público. A inexistência de concursos públicos regulares e transparentes, aliada à escassez de vagas formais, perpetua a exclusão e as desigualdades, bem como limita o reconhecimento do mérito como valor estruturante do trabalho digno (Sandel, 2020).

No que diz respeito à trajetória profissional dos entrevistados, a maioria refere ter mantido uma trajetória profissional contínua. E2, por exemplo, afirma: “Trabalhei sempre no Hospital Militar e nunca interrompi a atividade profissional”. Já E3 menciona uma interrupção temporária após a conclusão da formação: “Depois da formação tive um momento de paragem, que não levou muito tempo.” Estas interrupções ocasionais parecem associar-se a lacunas no planeamento da colocação de profissionais, e não tanto a escolhas individuais, como apontado no Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS 2023–2032), que reconhece a necessidade de melhorar a distribuição e a gestão dos recursos humanos.

Todos os profissionais entrevistados estão vinculados no setor público ou comunitário, com destaque para o Hospital Nacional Simão Mendes e o Hospital Militar como principais instituições empregadoras. E1 sublinha: “Estou ao serviço público, organização estatal, colocado no maior hospital do país.” E3 e E4, enfermeiras, também trabalham em instituições públicas. Já os agentes comunitários de saúde (E5 e E6) atuam em contextos informais, muitas vezes sem supervisão direta e com baixa integração institucional. E5 descreve: “A trajetória foi mesmo rotina, passar matéria na comunidade através de sensibilização.” Esta informalidade compromete a integração plena no sistema de saúde e dificulta o reconhecimento institucional do seu trabalho, apesar da sua contribuição ser essencial.

A teoria sociológica do trabalho oferece contributos que permitem interpretar esta realidade. Marx define o trabalho como “um processo entre homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços, pernas, cabeça e mão, a fim de apropriar-se da matéria natural de uma forma útil para a sua própria vida. Ao atuar por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nelas adormecidas e sujeita o jogo das suas forças ao seu próprio domínio” (Marx, 1968: cap. V). Esta dimensão ontológica do trabalho, como fonte de realização e afirmação dos indivíduos, é evidenciada nos discursos dos entrevistados, que descrevem o trabalho, frequentemente como vocação ou missão. E1 afirma: “Sinto valorizado pelo paciente.” E2 refere: “Maior motivação tem a ver com uma população carenciada que sofre muita coisa.” Esta dimensão subjetiva do trabalho, como fonte de realização pessoal e de contribuição social, é central na conceção de trabalho digno. Contudo, é fragilizada pelas condições materiais de emprego e pela falta de reconhecimento institucional, que limitam o exercício pleno da profissão e geram perceções de injustiça

(sobretudo entre os que desempenham a sua atividade enquanto “agentes de saúde comunitária”).

Já Durkheim associa a divisão do trabalho à coesão social, destacando o seu papel moral, que deve promover solidariedade e integração entre os membros da sociedade. No caso do setor da saúde na Guiné-Bissau, a divisão entre profissionais contratados e agentes voluntários revela uma fragmentação do sistema de saúde, que compromete a solidariedade institucional e enfraquece o sentimento de pertença coletiva. E5 e E6, apesar de motivados, sentem-se excluídos das estruturas formais. E6 afirma: “Fazemos trabalho voluntário sem fim lucrativo.” Esta exclusão reforça desigualdades e dificulta a construção de uma solidariedade orgânica, como proposta por Durkheim, que afirma: “A consciência coletiva tornava-se mais fraca à medida que a divisão do trabalho se desenvolvia” (Durkheim, 1999: 283).

Os testemunhos dos entrevistados sugerem uma baixa taxa de formalização entre os agentes comunitários, dificuldades de inserção para jovens recém-formados e ausência de mecanismos meritocráticos, falta de concursos públicos regulares, condições salariais insuficientes, frequentemente agravadas por atrasos no pagamento. Estes elementos comprometem a realização do emprego pleno e produtivo, tal como definido pela OIT. Como observa Ghai (2003), “um dos atributos fundamentais do trabalho digno é que ele seja remunerado de forma justa”, mas “os critérios de remuneração variam de acordo com os valores sociais e o nível de desenvolvimento económico de cada país” (Ghai, 2003:119). No caso da Guiné-Bissau, os salários são frequentemente insuficientes face ao custo de vida, e os atrasos no pagamento comprometem a função social do trabalho.

A análise do primeiro pilar do trabalho digno mostra que, na Guiné-Bissau, o setor da saúde enfrenta graves limitações estruturais e institucionais. Embora alguns profissionais tenham vínculos estáveis e motivação pessoal, o sistema é marcado pela informalidade e voluntariado não remunerado, falta de meritocracia nos processos de recrutamento, interrupções na trajetória profissional e desigualdades entre os profissionais contratados e os agentes comunitários. A superação destes desafios exige reformas profundas, incluindo a criação de mecanismos transparentes de recrutamento, a formalização do trabalho comunitário, o reconhecimento institucional da diversidade de funções no setor da saúde e o investimento na formação contínua e na valorização profissional. Só assim será possível garantir que o trabalho no setor da saúde seja verdadeiramente pleno, produtivo e digno.

3.2.2.2. Proteção Social

A proteção social constitui um dos pilares fundamentais do trabalho digno, tal como definido pela Organização Internacional do Trabalho. Este pilar refere-se ao conjunto de garantias que procuram proteger os trabalhadores contra os riscos sociais e económicos que possam comprometer a sua capacidade de subsistência, incluindo a doença, o desemprego, a parentalidade, os acidentes de trabalho, a velhice, a invalidez ou a morte. A Convenção nº 102 da OIT, sobre os Padrões Mínimos da Proteção Social, define nove tipos de prestações essenciais: assistência médica, subsídios por doença, desemprego, velhice, acidentes de trabalho, encargos familiares, maternidade e/ou parentalidade, invalidez e sobrevivência. No contexto da Guiné-Bissau, a análise das entrevistas realizadas revela uma realidade fragilizada, caracterizada pela ausência ou insuficiência de mecanismos de proteção social, especialmente para os trabalhadores mais vulneráveis.

Nos profissionais do setor público (E1 a E4) – médicos e enfermeiras – observa-se uma inserção formal no sistema estatal, mas com acesso limitado e pouco transparente aos benefícios sociais. E1 reconhece: “Proteção social devia ser uma preocupação de entidade empregadora, mas não gozamos desse direito.” E2 acrescenta: “Fazemos desconto através do instituto de segurança social, mas ninguém sabe explicar sobre o benefício desse dinheiro”. Estes testemunhos apontam para uma falha estrutural na gestão da segurança social no país, onde a contribuição é obrigatória, mas a contrapartida é incerta. E3, enfermeira, por sua vez, reforça essa perceção e refere que “o acesso à proteção social não existe formalmente; quando tiveres, por exemplo, acidente de trabalho, só recebes tratamento gratuito e salário no final do mês, mas no caso de indemnização sobre gravidade não existe”. A inexistência de compensações adequadas em situações de risco profissional evidencia um défice ao nível da institucionalização e responsabilização do Estado enquanto empregador.

A vulnerabilidade é ainda mais acentuada no caso dos agentes de saúde comunitária (E5 e E6), que trabalham em regime de voluntariado e não beneficiam de qualquer forma de proteção social. E5 afirma: “Normalmente agente de saúde comunitária não beneficia sobre proteção social porque estão a fazer trabalho voluntariado”. E6 reforça: “Proteção social não, porque não temos vínculo contratual; por isso não gozamos muitos direitos”. A ausência de vínculos formais impossibilita o reconhecimento legal da sua atividade, perpetuando a exclusão e invisibilidade institucional destes trabalhadores, apesar da sua relevância nas ações de prevenção e de promoção da saúde nas comunidades. Esta exclusão materializa a desigualdade estrutural entre

o trabalho formal e informal, que compromete o princípio da universalidade dos direitos sociais defendido pela OIT.

No que diz respeito ao direito ao descanso e às férias, denotam-se diferenças entre os grupos profissionais. Os médicos e as enfermeiras referem usufruir de um mês de férias anuais, sem grandes dificuldades. E1 afirma: “Quanto ao descanso, quer dizer, às férias, costumo ter sempre um mês de férias”. E3 confirma: “Tenho acesso a esse direito, sem problemas; é certo, posso tirar férias quando quiser”. Já os agentes comunitários não beneficiam de qualquer regulação neste domínio. E5 refere: “Férias também não é uma coisa que posso tirar pessoalmente; depende de normas”. E6 acrescenta: “As férias para todos nós que somos agentes de saúde comunitária fazem mais, por exemplo, tirar quando quiser, não”. Esta ausência de regulação compromete o equilíbrio entre vida profissional e pessoal e acentua a precarização do trabalho voluntário.

A proteção associada à maternidade e paternidade evidencia desigualdades de género significativas. As mulheres têm direito a licença de maternidade de três meses, como referem E2, E3 e E4. E2 afirma: “As mulheres beneficiam relativamente aos homens porque têm três meses para cuidar do bebé”. E3 observa: “Existe proteção em caso de maternidade; as mulheres recebem licença do parto durante três meses”. E1 observa: “Acesso à proteção às vezes é única coisa, é licença por parte das mulheres, mas os homens não beneficiam”. E4 acrescenta: “Apesar de existir proteção para as mulheres, há desigualdades porque os homens não têm licença de paternidade”. Esta assimetria reforça os papéis de género tradicionais e limita a corresponsabilidade familiar, contrariando as recomendações internacionais sobre a igualdade de género no trabalho.

A questão do seguro de saúde é outro ponto crítico. A maioria dos entrevistados desconhece a existência de cobertura formal ou refere que nunca beneficiou dela. E1, médico no Hospital Nacional Simão Mendes, lamenta: “Desconheço sobre o seguro; vou perguntar para saber se existe”. Já E2, médico no Hospital Militar, reforça: “Infelizmente não tenho seguro de saúde e nem os meus familiares têm acesso a esse a esse seguro (...) no caso de impossibilidade de trabalhar o Instituto Nacional de Segurança Social, que é uma instituição do Estado da Guiné-Bissau, que deveria se encarregar dessa responsabilidade, mas muitas das vezes não se responsabilizam. Por exemplo, o que eu vejo com outras empregadoras quando estão doentes, compram um medicamento, geralmente levam o recibo da compra do medicamento para a instituição ou seguro e eles levam, mas no caso dos empregados públicos da Guiné-Bissau isso não acontece”. E3, enfermeira no centro de saúde, acrescenta: “Formalmente não tem; mas as instituições responsabilizam-se em caso de doença, com tratamento gratuito sem pagar”. Na

prática, o acesso aos cuidados médicos gratuitos substitui o seguro de saúde formal, configurando uma forma limitada e residual de proteção.

É possível enquadrar estas limitações num quadro mais amplo. Ghai (2003) propõe uma classificação das necessidades de proteção social em três categorias: necessidades básicas (como acesso à nutrição, saúde, educação, água potável e habitação); contingenciais (como doença, acidente, invalidez, velhice e apoio a grupos vulneráveis); e emergenciais (desastres naturais). No contexto guineense, estas dimensões permanecem, em grande medida, insatisfeitas, cuja ausência de benefícios e regalias sociais, os colocam numa situação de vulnerabilidade permanente. A ausência de estruturas de proteção social compromete não apenas o bem-estar individual, mas também a eficiência e a sustentabilidade do sistema nacional de saúde.

Na Guiné-Bissau, apesar da adesão formal às convenções internacionais – incluindo a Convenção nº102 sobre os padrões mínimos da proteção social – a aplicação prática é limitada e fragmentada. Esta discrepância entre os compromissos normativos e a realidade quotidiana revela um Estado social ainda incipiente, incapaz de assegurar direitos universais e eficazes aos trabalhadores.

O pilar da proteção social evidencia uma estrutura laboral fragmentada, onde coexistem trabalhadores protegidos formalmente, mas com benefícios limitados – que enfrentam desafios no acesso a direitos básicos de proteção social, como acesso a seguro de saúde ou compensações por acidentes –, com trabalhadores informais (agentes comunitários), totalmente excluídos dos sistemas de proteção social. A superação destes desafios exige reformas estruturais: o fortalecimento institucional da segurança social, a formalização progressiva do trabalho comunitário, a adoção de políticas de igualdade de género e a aplicação das convenções internacionais ratificadas.

3.2.2.3. Direitos Fundamentais

A garantia dos direitos fundamentais no trabalho constitui o terceiro pilar do trabalho digno, tal como definido pela Organização Internacional do Trabalho. Este pilar assenta na defesa de um conjunto de princípios universais que devem ser assegurados a todos os trabalhadores, independentemente do setor, da função ou do vínculo contratual. Entre estes direitos incluem-se, por exemplo, a eliminação do trabalho forçado e infantil ou a proibição da discriminação no emprego. A sua concretização é essencial para assegurar que o trabalho seja não apenas uma atividade produtiva, ou uma “mercadoria”, mas também uma prática social que respeita a dignidade humana e promove a justiça (OIT, 1999).

Na Guiné-Bissau, a análise das entrevistas realizadas evidencia que muitos desses direitos são apenas parcialmente garantidos, e em alguns casos, completamente ausentes.

A questão da discriminação no local de trabalho surge de forma ambígua. E1 afirma: “Nunca fui discriminado, apesar de as pessoas ficarem mal quando tive segundo emprego”. E2, por outro lado, refere: “Fui discriminado no caso de promoção”. Já E4 prefere não entrar em detalhes: “Há certas coisas que não quero revelar”. Esta hesitação pode indiciar a existência de um clima organizacional pautado pelo receio de represálias ou pela ausência de canais institucionais que permitam a denúncia de práticas discriminatórias. A falta de mecanismos formais de mediação e de proteção contra a discriminação aponta para uma fragilidade sistemática nas estruturas de regulação laboral.

As condições materiais de trabalho constituem outro ponto de vulnerabilidade e são descritas como inadequadas por vários entrevistados. Os médicos, a exercerem funções nos hospitais referem: “Falta reagente, acabou oxigénio, falta materiais” (E1); “Carece de muitos materiais, equipamento médico e materiais de diagnóstico” (E2). Já E3, enfermeira no centro de saúde, complementa: “Trabalhamos com o mínimo que temos”. Também E4, enfermeira no hospital, refere: “A questão das condições de materiais é uma grande dificuldade no setor de saúde (...) Porque às vezes a iluminação falta (...) há falta de material quase em tudo. As condições dos hospitais são bem precárias (...) às vezes os ventiladores não funcionam...”. Estas declarações revelam uma escassez estrutural de recursos que compromete não apenas a qualidade dos serviços prestados, mas também a segurança e a saúde dos trabalhadores. A Convenção nº 155 da OIT, sobre Segurança e Saúde no Trabalho, consagra o direito a um ambiente laboral seguro e saudável como componente essencial do trabalho digno. A Guiné-Bissau não ratificou esta convenção e persistem situações estruturais no que refere à falta de recursos e de equipamentos para exercer o trabalho em condições adequadas – verifica-se, pois, uma distância normativa e empírica face às normas internacionais.

A remuneração é outro aspeto que compromete a dignidade do trabalho. E1 afirma: “O salário normalmente atrasa em pagamento e o próprio que é pago não chega para cobrir todas as despesas. (...) pagamento médicos que estão atrasados anos há um ano já”. E2, médico no Hospital Militar e empreendedor confirma: “O meu salário não é adequado em relação ao trabalho que realizo. Ou seja, é muito pouco pelo trabalho que eu realizo. E um salário do médico na Guiné-Bissau ronda um 195.000 CFA...Isso para uma pessoa que tem família, filhos, esposa, é tão difícil, tendo em conta o preço da alimentação ou das coisas que no mercado. Não bate com o salário que temos (...) foi exatamente por isso que eu tentei entrar no mundo do empreendedorismo, no qual muitas das vezes não posso me dedicar o meu tempo à família

porque tenho de sair para fazer outras coisas extras para poder ganhar alguma coisa mais para juntar com o meu salário para poder proporcionar uma vida melhor à minha família” e acrescenta: “Já tive problemas com atrasos salariais, não só uma vez, mas várias vezes, porque muitas das vezes o estado da Guiné-Bissau não paga a tempo, embora nos últimos anos melhorou muito em termos de salário, mas já tive esse problema (...) quando voltei para o Hospital Militar passei muitos meses sem receber salário. Se não fosse o meu trabalho anterior, no qual fiz alguma poupança, não sei o que seria de mim. Então, por isso decidi fazer empreendedorismo como forma de ter uma outra fonte de rendimento” (E6). Para fazer face às dificuldades salariais, os médicos tendem a acumular a sua profissão com outras atividades laborais (enquanto trabalhadores por conta própria ou empresários). E3, enfermeira, acrescenta: “Sobre rendimento, não corresponde com exigência do trabalho e não são pagas horas extras. O salário não corresponde às necessidades da sobrevivência não corresponde nem com o nível de licenciatura que eu fiz, porque até agora não fizeram a requalificação, não fizeram isso. Eu mantive com aquele salário do bacharel até agora e o trabalho é superior ao salário. Esse salário não cobre 50% das despesas da família.” Estes testemunhos revelam que, mesmo entre os profissionais com vínculo contratual, o direito a uma remuneração justa e pontual não é garantido, revelando a insuficiência salarial, a irregularidade no pagamento e a ausência de compensação por horas suplementares. Entre os agentes de saúde comunitária, as perceções sobre a insuficiência de rendimentos são ainda mais prementes: “Como eu disse o salário não chega para cobrir as despesas, e na verdade costumo fazer outra atividade para cobrir as despesas” (E6); “O rendimento do trabalho não compensa praticamente em nada. Porque o subsídio é muito baixo (...) subsídio que às vezes não chega a 50€. Então, imagina uma família grande mesmo, não chega. É que na verdade várias vezes eu procurei outra saída, outra solução de trabalho, não encontrei, mas eu procurei para poder ganhar mais” (E5).

O equilíbrio entre vida pessoal e profissional emerge também como uma dimensão frequentemente negligenciada. E2, médico, refere: “Às vezes somos chamados fora de horas, temos de deixar mulher e filho para ir atender; isso custa muito, mexe com a vida familiar.” Já E3, enfermeira no centro de saúde, refere: “Ah, na verdade para gerir isso, tem de desafiar mesmo, porque é com esforço, porque não posso pôr em causa a minha vida profissional e não posso pôr em causa a minha responsabilidade familiar. Então, tenho de equilibrar duas coisas, como posso lidar com isso? Eu tenho de cortar o sono para preparar a minha família, organizar tudo isso, chegar ao serviço a hora para cumprir com todos os requisitos que dizem do trabalho”. Já E4, também enfermeira, refere: “Aí, eu já perdi muita coisa. Muitos familiares já se sentiram mal por não poder presenciar, por não poder estar em algumas atividades importantes da família

por causa do trabalho, essas coisas assim...”. Estes testemunhos indicam que o direito ao descanso, embora formalmente reconhecido, é fragilizado por práticas institucionais que não respeitam os limites do tempo de trabalho, afetando o bem-estar físico e emocional dos profissionais.

Do ponto de vista teórico, a sociologia do trabalho oferece instrumentos para compreender a centralidade destes direitos na organização social. Giddens (1997: 578) define o trabalho como “a realização de tarefas que envolvem o dispêndio de esforço mental e físico, com o objetivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas”. Esta concepção implica o reconhecimento do trabalhador como sujeito de direitos, não apenas como agente produtivo. A ausência de condições materiais adequadas, de remuneração justa e de mecanismos de proteção contra a discriminação traduz uma visão instrumental do trabalho, que subalterniza a dimensão humana e relacional da atividade laboral.

Embora as entrevistas realizadas não mencionem diretamente o trabalho forçado ou infantil, a informalidade extrema e a ausência de enquadramento jurídico do trabalho voluntário suscitam preocupações quanto à conformidade com as normas internacionais. A OIT reconhece que o trabalho voluntário deve ser exercido de forma livre e informada, e que o Estado deve assegurar os direitos básicos dos voluntários. Na Guiné-Bissau, esta estrutura parece inexistente e a falta de regulação neste domínio sugere uma zona cinzenta entre o voluntariado genuíno e as formas encobertas de trabalho não remunerado.

A análise das entrevistas, no que diz respeito ao terceiro pilar do trabalho digno, revela um quadro de fragilidade dos direitos fundamentais no setor da saúde na Guiné-Bissau. Persistem desigualdades de género, discriminação, insuficiência salarial, carência de recursos e desequilíbrio na conciliação entre a vida profissional e pessoal/familiar. Os agentes comunitários, em particular, estão excluídos das estruturas formais e não beneficiam de qualquer regulação ou proteção legal.

3.2.2.4. Diálogo Social

O diálogo social constitui o quarto pilar do trabalho digno e representa, segundo a OIT, um elemento estruturante na consolidação de sociedades democráticas, inclusivas e equitativas. Este pilar compreende o conjunto de mecanismos institucionais e práticas sociais que permitem a participação efetiva dos trabalhadores na definição das condições laborais, nas políticas públicas e nos processos de resolução de conflitos. Inclui, assim, a liberdade de expressão e de associação, o direito à negociação coletiva, a existência de sindicatos e comissões representativas e o reconhecimento do direito à greve como instrumento de reivindicação. Trata-

se, portanto, de um instrumento de democratização das relações de trabalho e um meio de construção da justiça social, traduzindo a dimensão política do trabalho digno.

Na Guiné-Bissau, a análise das entrevistas realizadas aos profissionais de saúde revela uma realidade marcada por contrastes entre o reconhecimento formal do direito ao diálogo social e a limitação da sua concretização prática. Alguns entrevistados descrevem a existência de espaços pontuais de participação. E1, médico no Hospital Nacional Simão Mendes, o maior e mais antigo hospital público do país, afirma: “Existe liberdade de opiniões porque há momentos de reuniões para melhoria de trabalho onde cada um expressa seu sentimento para expor a sua ideia.” E4, enfermeira no mesmo hospital, reforça: “Gozamos do nosso direito de livre expressão, no caso de momento das ocorrências onde todo mundo pode ter opinião para melhoria do trabalho. Temos esses momentos específicos de reuniões para discutir sobre os serviços, o que devemos fazer para melhorar o funcionamento do serviço, o que o que é preciso fazer para capacitar alguns trabalhadores...”. Estes testemunhos sugerem a presença de práticas de deliberação interna e de partilha de opiniões, sobretudo em contextos hospitalares mais institucionalizados. No entanto, essas práticas parecem depender fortemente da vontade das chefias e não de uma cultura participativa consolidada.

Por contraste, outros entrevistados revelam percepções de restrição e autocensura. E2, médico no Hospital Militar, refere: “Não existe muita liberdade em termos de opinião; quando chamam para uma reunião, nem todas as pessoas falam porque não permite, tendo em conta a cultura militar.” Esta observação ilustra como as estruturas hierárquicas rígidas, como as militares, condicionam a autonomia dos trabalhadores. E3, enfermeira, acrescenta: “Há uma tendência de calar a própria classe dos trabalhadores e a sociedade em geral.” Estes testemunhos traduzem o peso das hierarquias e das culturas institucionais autoritárias, nas quais o medo de represálias limita a expressão crítica e a deliberação coletiva. Numa leitura sociológica, esta situação pode ser interpretada à luz de Bourdieu (1998), que conceptualiza a “violência simbólica” como o processo pelo qual as relações de dominação são naturalizadas e interiorizadas pelos sujeitos. Assim, o silêncio ou a autocontenção dos profissionais não são apenas sinais de conformismo, mas estratégias de sobrevivência institucional num contexto de precariedade e dependência hierárquica.

A presença de organizações sindicais é reconhecida por alguns dos entrevistados. E4, enfermeira no hospital público, confirma: “Normalmente existe organização sindical que resolve problemas de pessoal de saúde. (...) temos dois sindicatos que nos representam. Como por exemplo, os nossos salários que estão até agora não foram pagos, estão listados na lista de reclamações que os sindicatos estão a fazer. Bem, nos sentimos representados”. E1, médico no

mesmo hospital, refere acerca do sindicato existente: “a estrutura é, tipo, consegue resolver problemas, não é? Eu pessoalmente nunca fui (...) mas eles conseguem sim resolver problemas. Não todos os problemas, porque até agora tem problemas relacionados com pagamentos médicos que estão atrasados anos há um ano já”. Para outros entrevistados, como é o caso de E2, médico no Hospital Militar, verifica-se a ausência destas estruturas representativas dos trabalhadores: “Não existe essa liberdade (...) fomos proibidos de formar um sindicato de base do hospital, porque segundo eles, o hospital é um hospital militar, então não pode haver sindicatos, então não há nenhum sindicato de base dentro do hospital, então não há liberdade (...) não existe entidade, nem organização que representam os trabalhadores, embora possa haver a delegação, por exemplo, um departamento pode reunir, discutir e os assuntos relacionados com o trabalho. Neste caso não posso dizer que a estrutura é eficiente”.

A exclusão dos agentes de saúde comunitária (E5 e E6) das instâncias de representação formal evidencia a segmentação do mundo do trabalho. E5 explica: “Não, não temos sindicato. Temos o responsável que faz chegar a nossa mensagem, mas sindicato não temos”. E6 acrescenta: “Agente de saúde comunitária não tem uma entidade organizacional como sindicatos ou comissão organizadora.”

A participação em greves e manifestações surge como a forma mais visível da expressão coletiva dos trabalhadores. E1 afirma: “Sempre participo (quando há greve) e eu participei porque acho que tipo não tem outra forma, tipo, se tem greve é para ir (...) as pessoas não querem fazer mal ou ir contra o governo, mas é para melhorar condições que em que eles possam trabalhar melhor”. E3 reforça: “Claro que já participei na greve para exigir os meus direitos”. E4 acrescenta: “Participei na greve várias vezes; o que se passa na Guiné-Bissau em termos de pagamentos e melhoria de serviço motiva as pessoas a reclamar.” Contudo, o exercício deste direito não é universal, nem isento de riscos. E2 afirma: “Nunca participei na greve (...) não existe essa liberdade”.

A OIT, nomeadamente através das convenções nº 87 sobre a Liberdade Sindical e nº 98 sobre o Direito de Organização e Negociação Coletiva, estabelece que os trabalhadores devem poder organizar-se de forma independente e participar ativamente na definição das políticas que os afetam – estas convenções foram, pois, ratificadas pela Guiné-Bissau. Contudo, a análise das entrevistas permite concluir que a institucionalização destes direitos permanece limitada em certos aspetos. A instabilidade política, a fragilidade das estruturas sindicais e a ausência de mecanismos permanentes de diálogo entre o Estado e os trabalhadores configuram um cenário de diálogo social deficitário. Como observa Ghai (2003) “o diálogo social é um atributo essencial

de uma sociedade democrática e um meio de resolver conflitos inevitáveis de interesse sobre políticas económicas e sociais num quadro cooperativo”.

A análise deste quarto pilar revela que o diálogo social na Guiné-Bissau existe mais como ideal normativo do que como prática consolidada. As entrevistas revelam uma coexistência entre formas incipientes de participação, mecanismos sindicais frágeis, repressão simbólica e exclusão de trabalhadores informais. A consolidação deste pilar exige o fortalecimento das estruturas representativas, a promoção da autonomia sindical face à interferência política, a criação de espaços de escuta ativa nas instituições públicas e a inclusão dos agentes comunitários nas estruturas de diálogo.

Com o objetivo de ilustrar as percepções e experiências dos profissionais de saúde entrevistados sobre as suas condições de trabalho digno – nas suas várias dimensões no que refere ao emprego pleno e produtivo, proteção social, direitos fundamentais e diálogo social – foi construída uma nuvem de palavras (figura 3.2.2.4.1). A figura reflete os termos mais recorrentes nos discursos dos entrevistados quando descrevem o seu quotidiano laboral, permitindo identificar as dimensões que mais demarcam a sua experiência profissional e as suas preocupações.



Figura 3.2.2.4.1. As condições e experiências de trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau (nuvem de palavras)

Fonte: Entrevistas realizadas a seis profissionais de saúde na Guiné-Bissau. Elaboração própria através do programa MAXQDA (2024).

Os termos mais frequentes – salário, contrato, tempo, férias, família, comunidade e materiais – revelam uma percepção fortemente ancorada nas condições materiais e na organização do trabalho. A centralidade do termo “salário” evidencia a preocupação com a remuneração insuficiente e os atrasos no pagamento, elementos recorrentes em todos os testemunhos. O termo “contrato” surge como sinónimo de segurança e de reconhecimento institucional, em contraponto à realidade precária dos agentes comunitários, que trabalham sem vínculo formal. As referências a termos como “tempo”, “horas” e “férias” refletem o desgaste associado à carga laboral e a dificuldade em conciliar o trabalho com a vida pessoal e familiar (uma dimensão reforçada pela palavra “família”). Finalmente, a palavra “comunidade” expressa o vínculo simbólico entre o trabalho na saúde e a missão social de cuidar, especialmente entre os agentes de base comunitária, cuja motivação é fortemente orientada pelo compromisso com a população.

3.2.2.5. Expectativas de Melhoria e Perspetivas Futuras

Apesar das carências materiais, das fragilidades institucionais e da desigualdade estrutural entre os diferentes segmentos profissionais da saúde na Guiné-Bissau, os trabalhadores entrevistados revelam motivações intrínsecas e expectativas de mudança e de melhoria das suas condições de trabalho.

De forma transversal, os testemunhos dos profissionais demonstram que a motivação para o exercício da profissão assenta, sobretudo, na vocação e na relação de proximidade com a população. E1 refere: “Eu não me vejo a fazer outra coisa senão a de tratar os pacientes, tipo, não vejo outro trabalho (...) posso até fazer alguns outros negócios, uma coisa assim para poder ganhar mais dinheiro, mas o principal trabalho vai continuar a ser a medicina, porque eu sinto-me resolvido quando vem uma pessoa que está doente e eu consigo tratar esse estado de doença” e E2 destaca que “O que me motiva a trabalhar na área de saúde tem a ver com a própria população, vejo que a população Guineense como todo, é uma população carenciada é uma população que já sofre de muita coisa. Então, a melhor forma de contribuir para a melhoria das condições da população da Guiné-Bissau é através da saúde, é através da medicina”. E3, enfermeira no centro de saúde, afirma: “Também posso dizer que a minha motivação vem do amor, é a profissão que eu amo tanto. Trabalhando, vendo as pessoas, fazendo as pessoas sorrirem quando saíram com a cara ruim em casa, chegam no hospital para sorrir mesmo, para sentir alívio das dores (...)”. Já E5 e E6, agentes comunitários, enfatizam o orgulho em “ajudar a comunidade” e a satisfação pelo reconhecimento local que recebem. O trabalho na saúde é equacionado como uma “missão social” e forma de cuidado coletivo, onde o sentido de utilidade pública e de compromisso com o bem-estar da comunidade estão muito presentes.

Paralelamente, os profissionais identificam expectativas de melhoria e de transformação institucional. Pelos profissionais são apontadas as necessidades de políticas de valorização do trabalho, enfatizando que o desenvolvimento do setor passa pelo investimento na formação contínua, pelo aumento da capacidade técnica e pela melhoria das condições laborais, bem como sublinham a importância de uma gestão pública mais transparente e estável, capaz de garantir o pagamento atempado dos salários, a progressão na carreira e a criação de incentivos que estimulem a dedicação profissional. E2, médico, refere: “Na minha opinião, primeiramente temos de mudar o sistema de saúde. O sistema de saúde na Guiné-Bissau está muito mal-organizado. É preciso reestruturar o sistema de saúde e dar oportunidades às pessoas que merecem. Primeiro é a falta das formações contínuas. Não há oportunidade para as formações contínuas. Somos independentes há 50 anos e nessa idade do nosso país já era suficiente para termos todos tipos de especialidades no nosso país, mas infelizmente não acontece. Porque sabemos que as especialidades médicas são caras e com o salário que recebemos dificilmente podemos conseguir guardar dinheiro para investir na nossa própria formação. Então, o que o Estado tem de fazer é formar os médicos especialistas”. Já E4, enfermeira no hospital público, refere: “mudar as condições do trabalho, colocar materiais, disponibilidade dos técnicos, reforçar e capacitar os técnicos, essas coisas assim, fazer uma seletiva dos técnicos para trabalhar no hospital”. E5 e E6, agentes de saúde comunitária, evidenciam uma expectativa mais fundamental: o reconhecimento formal da sua função e a integração nos quadros institucionais do sistema nacional de saúde, o que permitiria superar a precariedade do voluntariado e assegurar acesso a direitos básicos de proteção social. E6 refere: “ (...) muitas coisas para mudar, mas para agente de saúde comunitária aumentar o subsídio, dar-lhes algumas regalias, continuar a dar alguma formação” e E5 reafirma: “Na Guiné-Bissau há muita coisa para mudar, muita coisa mesmo. Rede da saúde, construção do centro de hospitais, equipamento dos hospitais, reciclagem dos técnicos, formação dos técnicos, equipamentos de farmácia”.

A figura 3.2.2.5.1. apresenta uma nuvem de palavras construída a partir dos termos mais frequentemente mencionados pelos entrevistados quando questionados sobre as suas motivações, dificuldades e expectativas de melhoria. Termos como técnicos, formação, diagnóstico, materiais, transporte e salário destacam-se pela sua centralidade, refletindo uma visão pragmática e orientada para a qualificação profissional e o reforço das condições estruturais do sistema de saúde. Esta representação sintetiza o duplo horizonte que atravessa os discursos dos profissionais: por um lado, a exigência de melhores condições materiais, técnicas e logísticas que permitam o exercício pleno das suas funções; por outro, a aspiração de um sistema de saúde mais organizado, equitativo e capaz de reconhecer o valor social e humano

do trabalho realizado. A formação, o acesso a equipamentos adequados e a estabilidade contratual surgem, assim, como dimensões centrais nestas aspirações.



Figura 3.2.2.5.1. Motivações, desafios e expectativas de mudança no trabalho no setor da saúde na Guiné-Bissau (nuvem de palavras)

Fonte: Entrevistas realizadas a seis profissionais de saúde na Guiné-Bissau. Elaboração própria através do programa MAXQDA (2024).

Considerações Finais

O presente trabalho procurou compreender os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na Guiné-Bissau, à luz do conceito de trabalho digno definido pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). Através de uma abordagem qualitativa, que combinou análise documental e entrevistas semiestruturadas, foi possível identificar as principais limitações estruturais, institucionais e políticas que comprometem a efetivação dos quatro pilares do trabalho digno: emprego pleno e produtivo, proteção social, direitos fundamentais no trabalho e diálogo social.

A análise empírica demonstrou que os profissionais de saúde, sobretudo os mais jovens, enfrentam dificuldades na transição entre a formação e o acesso ao primeiro emprego. A ausência de critérios meritocráticos e a prevalência de práticas informais de recrutamento, frequentemente baseadas em relações pessoais ou familiares, geram desigualdades e contrariam os princípios de equidade e justiça defendidos pela OIT, reforçando a urgência de mecanismos transparentes e inclusivos de acesso ao trabalho.

No que se refere à proteção social, os testemunhos recolhidos evidenciam uma desconexão entre os compromissos normativos assumidos pela Guiné-Bissau e a sua aplicação prática. Embora os profissionais contribuam para a segurança social, não beneficiam de mecanismos eficazes de proteção em caso de doença, acidente de trabalho, maternidade ou paternidade. Os agentes de saúde comunitária, em particular, permanecem excluídos dos sistemas de proteção, atuando em regime de voluntariado sem vínculo formal ou garantias legais. Esta realidade traduz uma estrutura laboral fragmentada e a insuficiência sistémica de mecanismos de proteção social, sobretudo para os trabalhadores mais vulneráveis.

Relativamente aos direitos fundamentais, a investigação identificou situações de discriminação, insuficiência salarial, falta de materiais e condições inadequadas para o exercício profissional. A conciliação entre a vida pessoal/familiar e profissional é frequentemente comprometida e o direito ao descanso nem sempre é respeitado. A precariedade das condições laborais, os atrasos salariais e a ausência de reconhecimento institucional contribuem para a erosão da dignidade laboral e para o desgaste físico e emocional dos profissionais de saúde.

O diálogo social, embora formalmente reconhecido, permanece limitado na prática. A liberdade de expressão e a participação coletiva são condicionadas por estruturas hierárquicas rígidas e por uma cultura institucional que tende a silenciar os trabalhadores. A repressão de manifestações, a fragilidade das organizações sindicais e a exclusão dos agentes comunitários das estruturas de representação revelam um cenário de diálogo social deficitário, que contraria os compromissos assumidos pelo Estado guineense enquanto membro da OIT desde 1977.

A situação política instável da Guiné-Bissau e a fragilidade das instituições públicas, compromete a implementação de políticas públicas eficazes, incluindo os planos nacionais de desenvolvimento da saúde (PNDS) (MINSAP, 1997). A não concretização das três fases do PNDSI, PNDSII e PNDSIII reflete a dificuldade do Estado em garantir condições mínimas para o funcionamento do sistema nacional de saúde e para o cumprimento das convenções internacionais sobre o trabalho digno.

Conclui-se, assim, que o trabalho digno no setor da saúde na Guiné-Bissau permanece um ideal normativo ainda distante da realidade vivida pelos profissionais. A sua efetivação requer reformas estruturais e um compromisso político duradouro, centrado na valorização institucional dos trabalhadores, na formalização do trabalho comunitário, no reforço da proteção social, na promoção da igualdade de género, no investimento na formação contínua e no fortalecimento das estruturas de representação coletiva. Só assim será possível reconhecer o valor social e humano do trabalho na saúde e garantir condições dignas para os profissionais que sustentam o bem-estar e a saúde da população guineense.

Referências Bibliográficas

- Anker, R. (1998). *Gênero e empregos: Segregação sexual de ocupações no mundo*. Organização Internacional do Trabalho (OIT).
- Anker, R., Chernyshev, I., Egger, P., Mehran, F., and Ritter, J. (2003). Measuring Decent Work with Statistical Indicators. *International Labour Review*, 142(2), pp. 147-178, Record Identifier: 995218728702676.
- Antunes, R. (1999). *Os Sentidos do Trabalho. Ensaio sobre a Afirmação e a Negação do Trabalho*. Edições Almedina.
- Antunes, R. (2005). *O caracol e a sua concha: Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho*. Boitempo Editorial.
- Bittencourt, L.A.S. (2019). *O trabalho decente na perspectiva da Organização Internacional do Trabalho e a sua realização no Brasil* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Minas Gerais].
- Bourdieu, P. (1998) (2ª Ed.). *O poder simbólico*. Bertrand Brasil.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4ª ed.). Oxford University Press.
- Carvalho, D. L. (2016). Negociação coletiva, uma perspetiva do direito brasileiro. *Conteúdo Jurídico*. Disponível em: <https://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/47024/negociacao-coletiva-uma-perspectiva-do-direito-brasileiro>
- Cerejeira Namora, N., & Barroso, N. (Coords.). (2019). *Negociação coletiva: Estado e desafios em Portugal e no Brasil*. Vida Económica.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. L'Harmattan.
- Durkheim, É. (1999). *Da divisão do trabalho social* (E. Brandão, Trad.). Martins Fontes.
- Delgado, M.G. (2019). *Curso de direito do trabalho* (18ª ed.). LTr Editora.
- Freire, J. (2001). *Sociologia do Trabalho: uma introdução*. Edições Afrontamento.
- Guerreiro, C.S., Hartz, Z., Ferrinho, P., & Havik, P.J. (2019). 25 Anos de Política Nacional de Saúde na República da Guiné-Bissau: Memórias do seu Planeamento Estratégico em Saúde. *Cadernos de Estudos Africanos*, 38, pp. 239-264. <https://doi.org/10.4000/cea.4619>
- Ghai, D. (2003). Decent work: Concept and indicators. *International Labour Review*, 142(2), pp. 113–145. <https://doi.org/10.1111/j.1564-913X.2003.tb00256.x>
- Giddens, A. (1997). *Sociology* (4th ed.). Cambridge Polity Press.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. University of California Press.

- Glucksmann, M. (2006). Division of labour. In J. Scott (Ed.), *Sociology: The key concepts* (pp. 72-76). Routledge.
- Instituto Nacional de Estatística (INE) & UNICEF. (2020). *Inquérito aos Indicadores Múltiplos (MICS6) 2018–2019*. UNICEF Guiné-Bissau <https://mics.unicef.org/>
- International Labour Organization (ILO) (1999). *Decent work. Report of the Director General*. International Labour Conference, 87th Meeting, Geneva (June). Disponível em: <https://webapps.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/rep-i.htm>
- Januzzi, A., & Magalhães, A. (2015). A função social da negociação coletiva como instrumento democrático de criação de direitos trabalhistas: história, contextualização, comum acordo e desafios. *Revista Publius*, 1, pp.1-20. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rpublius/article/view/3293>
- Loudon, I. (1992). *Death in childbirth: An international study of maternal care and maternal mortality 1800–1950*. Oxford University Press.
- Lukács, G. (1978). As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In C. N. Coutinho (Trad.), *Temas de Ciências Humanas* (p. 12). Livraria Editora Ciências Humanas.
- Martins, S. P. (2019). *Direito do trabalho* (35ª ed., p. 1197). Saraiva Jur.
- Marx, K. (1968). *O capital: Crítica da economia política* (Vol. I). Editorial Presença.
- Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau. (2023). *Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PNDRHS) 2023–2032*.
- MINSAP. (1997). *Plano nacional de desenvolvimento sanitário*. Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau.
- Moreira, A.J., & Magalhães, A.C. (2012). A prevenção como forma de combater os acidentes de trabalho e doenças ocupacionais e de promover a dignidade da pessoa humana e o valor social do trabalho. *Revista Ltr: legislação do trabalho*, 76 (12), pp. 1442-1451. <https://hdl.handle.net/20.500.12178/164576>
- Oliveira, A.R., Carvalhido, A.C.M., & Bittencourt, L.A.S. (2021). O diálogo social como instrumento de promoção do trabalho decente: o papel da negociação e das normas coletivas na afirmação da proteção ao trabalhador. *Revista Científica UNIFAGOC, Caderno Jurídico*, 2, pp.37-52.
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (1944). *Constituição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Seu Anexo (Declaração de Filadélfia)*. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilia/documents/genericdocument/wcms_336957.pdf

- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (1992). *Convenções e Recomendações Internacionais do Trabalho, 1919-1991 (volumes I e II)*. OIT.
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (1999). *Relatório do Diretor-Geral: Trabalho digno*. Conferência Internacional do Trabalho, 87ª sessão, Genebra.
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2001). *Segurança social: Questões, desafios e perspectivas. Relatório VI*. Convenção Internacional do Trabalho conferência, 89ª Sessão, Genebra.
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2008). *Declaração da OIT sobre Justiça Social para uma Globalização Justa*. Conferência Internacional do Trabalho, 97ª Sessão, Genebra
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (2015). *Negociação Coletiva: Guia de políticas*. Departamento de igualdade e condições de trabalho e Departamento de Governança e tripartismo da OIT. ISBN: 9789223311483. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@europe/@ro-geneva/@ilo-lisbon/documents/publication/wcms_714849.pdf
- Organização Internacional do Trabalho [OIT] (n.d.). *NORMLEX: Base de dados sobre normas internacionais do trabalho*. Disponível em: https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNT_RY_ID:103065
- Organização Mundial da Saúde [OMS] (2025). *Política Nacional de Saúde: Orientações para Estratégias para Mais Saúde na Guiné-Bissau*. OMS. Disponível em: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/gnb-cc-10-03-plan-strategy-por-national-health-policy-strategies-improved-health.pdf>
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva – Publicações
- Sandel, M. J. (2020). *The Tyranny Of Merit: What's Become of the Common Good?*. Penguin Books.
- Schnapper, D. (1997). *Contra o Fim do Trabalho*. Terramar.
- Sen, A. (2003). *O Desenvolvimento como Liberdade*. Gradiva.
- Steiner, P. (2009). Altruísmo, egoísmo e solidariedade na escola durkheimiana. In A.B. Massella, F.A. Pinheiro, M.H. Augusto, and R. Weiss (orgs), *Durkheim – 150 anos* (pp. 91-118). Argvmentvm.
- UNICEF Guiné-Bissau. (n.d.). *Situação da saúde materna e infantil*. <https://www.unicef.org/guineabissau/>

United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*.
United Nations. Available at: <https://docs.un.org/en/A/RES/70/1>

Anexos

Anexo A – Guião de entrevista

Guião de Entrevista

Antes de mais quero agradecer a sua disponibilidade para realizar esta entrevista. Este estudo é muito importante para mim pois sustenta a dissertação de mestrado em Sociologia que estou a desenvolver, focada nas experiências de trabalho em diferentes contextos no setor da saúde na Guiné-Bissau.

Antes de começarmos, gostaria de pedir a sua autorização para gravar a entrevista.

Muito obrigado.

Gostaria então de começar a nossa entrevista por falar um pouco sobre o início do seu percurso profissional.

1. Emprego pleno e produtivo

- 1.1. Antes de avançarmos, pode falar-me sobre a sua trajetória educativa? Que tipo de escola (ou escolas frequentou)? Que tipo de estudante era? Tinha boas notas? Até que idade estudou?
- 1.2. Depois da conclusão do ensino secundário, qual o curso que escolheu? Porque escolheu esse curso e a área da saúde?
- 1.3. Com que idade começou a trabalhar? Depois de concluir a sua formação, quanto tempo demorou até encontrar o seu primeiro trabalho na área da saúde?
- 1.4. Como teve acesso a esse primeiro emprego?
- 1.5. Pode falar-me sobre esse primeiro trabalho? O que fazia? Em que organização/entidade? Qual o setor de atividade (público/privado)? Qual a função/cargo desempenhado?
- 1.6. Desde que iniciou a sua vida profissional, isto é, desde essa primeira experiência, como tem sido? Pode falar-me sobre a sua trajetória profissional até aos dias de hoje?
- 1.7. Ao longo da sua carreira, mudou muitas vezes de local ou entidade empregadora? Porquê?
- 1.8. Atualmente, qual a sua profissão? O que é que faz? Onde trabalha? Pode dizer-me como é o seu dia-a-dia profissional?

- 1.9. Pode falar-me sobre o seu vínculo contratual atual? Tem algum tipo de contrato assinado? Se sim, qual o tipo de contrato? (por tempo indeterminado, a termo, prestação de serviços, outro)
- 1.10. Ao longo da sua trajetória, alguma vez trabalhou sem contrato ou em situações que considerou precárias? Pode falar-me um pouco sobre isso?
- 1.11. Ao longo dos anos, teve algum período em que tenha interrompido a sua atividade profissional? Porquê?

2. Proteção social

[caso tenha interrompido a atividade profissional por motivos de doença, desemprego, acidente de trabalho]

- 2.1. Nesse período em que interrompeu a sua atividade de trabalho (por motivos de desemprego, doença, acidente de trabalho ou outro), teve acesso a algum apoio (por exemplo, baixa)? Que tipo de apoio foi esse?

[caso não tenha interrompido a atividade profissional por motivos de doença, desemprego, acidente de trabalho]

- 2.2. Imagine que teria de interromper a sua atividade profissional, por motivos de doença ou outros, considera que teria acesso/direito a algum tipo de apoio (baixa, por exemplo)? Porquê?
- 2.3. Costuma fazer férias? Qual o número máximo de dias de férias que pode tirar num ano no seu emprego atual? Normalmente é fácil tirar e escolher os dias de férias?
- 2.4. Em caso de maternidade/paternidade, a quantos dias de licença (tempo sem trabalhar) tem direito? Esses dias são pagos na totalidade?
- 2.5. Quem costuma usufruir mais desse direito: os homens ou as mulheres? Acha que há desigualdade nesse acesso?
- 2.6. O seu emprego atual providencia seguro de saúde? E os seus familiares têm acesso a esse seguro?

3. Direitos fundamentais

- 3.1. Que desafios encontra na sua vida profissional? Como gere as responsabilidades profissionais com as responsabilidades familiares no seu dia-a-dia?

- 3.2. Considera que existe um equilíbrio entre o tempo que dedica ao trabalho/vida profissional e o tempo livre para realizar outras atividades (pessoais ou em família)?
- 3.3. Tem acesso a algum tipo de regalias no seu trabalho (por exemplo, transporte, alimentação, apoio à habitação, bónus, formação)?
- 3.4. Alguma vez sentiu que foi tratado/a de forma diferente dos/as outros/as colegas no seu local de trabalho? Por que razão? (género, idade...)
- 3.5. As condições materiais do local onde trabalha (equipamentos, medicamentos, instalações, segurança, higiene) são adequadas para exercer a sua função? Pode dar exemplos?
- 3.6. Alguma vez teve problemas com atrasos salariais, falta de pagamento ou interrupções no vínculo de trabalho? Como lidou com isso?
- 3.7. Considera que o seu salário atual é adequado em relação ao trabalho que realiza? Porquê?
- 3.8. O rendimento que obtém com o seu trabalho é suficiente para cobrir as suas necessidades e da sua família? Alguma vez sentiu necessidade de procurar outras fontes de rendimento para complementar o salário da sua atividade principal?

4. Diálogo social

- 4.1. No seu emprego, considera que os/as trabalhadores/as podem expressar de forma livre as suas opiniões e preocupações sobre o trabalho?
- 4.2. Existem momentos específicos (como reuniões) para os/as trabalhadores/as expressarem as suas opiniões/preocupações? Por exemplo, momentos nos quais podem discutir e partilhar ideias para a melhoria do trabalho?
- 4.3. Considera que existe liberdade, entre os trabalhadores, para se organizarem coletivamente e reivindicarem direitos?
- 4.4. Existe alguma entidade/organização que represente os trabalhadores no seu emprego? (por exemplo, sindicatos, comissões de trabalhadores).

[caso exista alguma estrutura coletiva de representação dos trabalhadores]

- 4.5. Considera que essa estrutura é eficiente na representação e defesa dos direitos dos trabalhadores? Alguma vez sentiu necessidade de recorrer a essa estrutura?

4.6. Já alguma vez participou numa greve? Porquê?

(caso nunca tenha participado numa greve)

4.7. Apesar de nunca ter participado numa greve, se fosse convocada uma greve, sente que poderia aderir sem qualquer represália?

4.8. Para terminar, gostaria de saber: o que o/a motiva a continuar a trabalhar na área da saúde?

4.9. Sente que o seu trabalho é valorizado pela comunidade? E pelas entidades empregadoras?

4.10. O que mudaria na sua profissão ou na forma como o trabalho na saúde é organizado na Guiné-Bissau?

4.11. Quais considera serem as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no exercício da sua atividade na Guiné-Bissau?

4.12. Há algo mais que gostaria de partilhar sobre a sua experiência profissional ou sobre o trabalho na área da saúde na Guiné-Bissau que ainda não tenhamos abordado?

Anexo B – Grelhas de análise conteúdo

Grelha de análise de conteúdo 1: Emprego pleno e produtivo

Tabela B1 – Grelha de análise de conteúdo: Emprego pleno e produtivo

Categorias/ Entrevistas	Papel profissional desempenhando atualmente na área de saúde	Trajetória educativa	Primeira atividade profissional e condições de acesso	Trajetória profissional (empregos anteriores; períodos sem trabalhar)	Profissão atual: contexto da atividade (setor, organização)	Profissão atual: vínculo contratual
E1	Médico – diretor do serviço de mobilidade, relativo à transferência de doentes – no Hospital Nacional Simão Mendes	Estudou numa escola privada o 4º; 5º e 6º ano. Do 7º ao 12º ano na escola estatal. Concluiu a sua licenciatura em medicina geral e familiar na Escola de Medicina Cubana.	Iniciou a sua atividade profissional a dar aulas como professor na Universidade a estudantes de enfermagem. Depois de concluir a formação superior começou a exercer como médico (atualmente é responsável pelo departamento).	Começou a trabalhar enquanto professor (dava aulas na área da saúde). Depois de concluir a formação, iniciou o trabalho como médico no Hospital Nacional Simão Mendes, atualmente é diretor do departamento de mobilidade no Hospital. Acumulou esse trabalho com funções numa clínica de saúde privada (Clínica Madrugada) enquanto trabalhador por conta própria. Nunca ficou sem trabalhar	Médico (diretor de serviço), no setor público, colocado no maior Hospital do país, Simão Mendes	Contrato por tempo indeterminado (sem termo)

E2	Médico, cirurgião pediátrico no Hospital Militar da Guiné-Bissau	Concluiu o ensino primário em Prábis e o ensino básico e secundário (até ao 9º ano) em Cumura na escola D.Settímio Altur Ferrazzeta e o 10º e 11º no liceu nacional Kwame Krumah. Realizou a formação superior em Medicina na China	O acesso à primeira atividade profissional foi através de concurso feito pelo Médicos Sem Fronteiras	Trabalhou sempre no Hospital Militar e nunca interrompeu a sua atividade profissional	Médico (cirurgião pediátrico) no Hospital Militar (setor público)	Contrato por tempo indeterminado (sem termo)
E3	Enfermeira no centro de saúde de Bandim	Estudou em Bôr para conclusão do ensino primário. Frequentou o ensino básico e secundário em Cumura no liceu D. Settímio Altur Farazzeta. Realizou o ensino secundário no liceu nacional KWame Krumah. Fez formação superior em enfermagem na Escola Nacional de Saúde	Acedeu à sua profissão como enfermeira, depois de concluir a formação, através de um concurso promovido pelo Ministério da Saúde	Foi inicialmente colocada em Gabu, depois foi contratada para dar formação aos novos enfermeiros. Teve posteriormente um breve momento de paragem. Foi depois colocada no centro de saúde de Bandim	Enfermeira no centro de saúde de Bandim (setor público)	Contrato por tempo indeterminado (sem termo)
E4	Enfermeira no Hospital Nacional Simão Mendes	Começou a estudar na escola de banco (privada). Concluiu o 4º, 5º e 6º na escola Terceiro Congresso	Teve acesso ao primeiro emprego através de um concurso feito pelos	Trabalha no Hospital Nacional Simão Mendes (nunca interrompeu a atividade profissional)	Enfermeira no setor público (Hospital Nacional Simão Mendes)	Contrato por tempo indeterminado (sem termo)

		(ensino público) e o ensino secundário no Liceu Agostinho Neto (público). Concluiu o curso superior em enfermagem numa instituição privada	Médicos sem Fronteiras			
E5	Agente de saúde comunitária (em colaboração com o Hospital de Bolama) e também trabalha como professor (na administração pública)	Conclui o ensino primário, básico e secundária (até 9º ano) em Cumura, no liceu Altur Farrezeta (semi-privada). Concluiu o 10º e 11º no liceu Samora Moisés Machel (estatal pública). Concluiu Pedagogia na Tchico té (escola pública)	Começou a trabalhar como professor depois de concluir a formação, foi colocado pelo Ministério da Educação em Bolama. Aí foi convidado para ajudar a sensibilizar a comunidade na área da saúde	Profissão atual é a mesma: como professor nunca interrompeu a atividade e continua também como agente saúde comunitária	Professor no serviço público e agente comunitário (regime de voluntariado)	Enquanto agente comunitário, não tem contrato – regime de voluntário (só ganha através de entrega de relatório.
E6	Agente de saúde comunitária num projeto desenvolvido pela UNICEF	Fez o ensino primário, básico e secundário na Cidade de Bissau	Teve acesso ao primeiro trabalho na área de saúde (enquanto agente de saúde comunitária) através de colegas – no momento a UNICEF estava à procura de jovens para a sensibilização da população acerca de questões de saúde	Desde que iniciou o seu trabalho como agente de saúde comunitária, não interrompeu a atividade	As suas atividades envolvem o registo dos agregados familiares; sensibilização e encaminhamento de população vulnerável (grávidas, pessoas doentes) para serviço hospitalar	Sem contrato de trabalho (regime de voluntário)

Grelha de análise de conteúdo 2: Proteção social

Tabela B2 – Grelha de análise de conteúdo: Proteção social

Categorias/ Entrevistados	Acesso proteção social em caso de inatividade (desemprego, doença)	Perceção sobre proteção social (considera que poderia usufruir?)	Acesso ao descanso (direito a férias	Proteção em caso de maternidade/ paternidade	Perceção sobre acesso a proteção social em caso de maternidade/paternidade (desigualdades de género)	Proteção na doença (acesso a seguro de saúde
E1 – Médico (diretor do serviço de mobilidade)	"Proteção social devia ser uma preocupação de entidade empregadora, mas não gozamos desse direito"	"É difícil explicar esse fator porque os trabalhadores não beneficiam desse apoio a não ser quando pessoa adoecer que têm direito de ser tratado sem pagar"	"Quanto ao descanso e, quer dizer às férias, costume ter sempre um mês sempre de férias"	"Sim, em termos de proteção só pode ser para as mulheres porque ficam em casa no pós-parto para cuidar da criança, tendencialmente podes dizer que esse direito é só para as mulheres"	"Acesso a proteção às vezes única coisa é licença por parte das mulheres, mas os homens não beneficiam"	O entrevistado desconhece sobre o seguro. Comentou que irá até perguntar para saber se existe. Tal demonstra um quadrado de falta de regularização de normas
E2 – Médico (Cirurgião pediátrico)	Acesso a proteção social na Guiné-Bissau não é claro – o desconto é feito através do Instituto de Segurança Social, ninguém sabe explicar sobre benefício desse dinheiro só dizem isso, que vale para reforma.	Proteção social no caso de doença...continua a pagar salário, mas temos que comprar os medicamentos, significa que não existe proteção para os profissionais de saúde.	As férias normalmente são cumpridas, qualquer profissional de saúde pode tirar férias sem dificuldades	Em caso de maternidade/paternidade as mulheres beneficiam relativamente aos homens porque têm três meses para cuidar do bebé	As mulheres beneficiam relativamente aos homens, que não obtêm essa proteção, significa tem uma tendência de desigualdades nos tratamentos.	Raramente o Instituto Nacional de Segurança Social cobre o seguro de profissionais de saúde.

E3 – Enfermeira (Centro de saúde)	Acesso a proteção social não existe formalmente, quando tiveres, por exemplo, acidente de trabalho só recebes tratamentos gratuitos e salário no final do mês, mas no caso indemnização sobre gravidade não existe.	Beneficiar sobre proteção social é um direito quase desconhecido na Guiné-Bissau, o que significa que não é gozado.	Tem acesso a esse direito, é certo que pode tirar férias, quando quiser é avisar para não ter coincidência com outros colegas.	Em caso de maternidade as mulheres recebem licença do parto durante três meses	Existe desigualdades de género porque só as mulheres têm licença do parto e os homens não recebem licença de paternidade.	Segundo a entrevistada formalmente não tem; mas as instituições responsabilizam-se, em caso de doença, tem tratamento gratuito sem pagar
E4 – Enfermeira (Hospital)	Só tem acesso a apoio de transporte e alimentação, mas sobre acidente de trabalho dificilmente alguém beneficia dessa proteção	Muitas direitos sobre trabalho não são cumpridos, não se respeita as leis do trabalho	Maioria dos profissionais tem direitos de férias e é fácil de tirar	Proteção sobre maternidade evidente que as mulheres após parto toma licença de três meses para descansar em casa cuidar de bebé	Existem desigualdades porque os homens não têm licença de paternidade	Seguro normalmente seria um direito de trabalhadores, mas se não verifica na área de saúde.
E5 – Agente de saúde comunitária	Normalmente agente de saúde comunitária não beneficia sobre proteção social porque estão a fazer trabalho voluntário	Não costuma usufruir desse direito	Férias também não uma coisa que podes tirar pessoalmente, depende das normas de férias	Na questão de proteção de maternidade, são dados direitos, mas não se ganha porque tens bebé para cuidar, não pode receber aqui subsídio que só é pago após a entrega de relatório	Só as mulheres é que têm licença de parto na maioria dos casos e recebem durante esses períodos, os homens não gozam desse direito.	Agente de saúde comunitária não beneficia de seguro, quando estás doente eles podem consultar, não paga consulta, mas medicamento tem que comprar

E6 – Agente de saúde comunitária	Proteção social não porque não temos vínculo contratual por isso não gozamos muitos direitos porque o nosso trabalho como agente saúde comunitária é trabalho voluntário sem fim lucrativo	Não usufruímos de proteção social, como agente de saúde comunitária.	As férias para todos que nós que somos agentes de saúde comunitária fazemos, mas por exemplo tirar quando quiser não.	Para agente saúde comunitária fica em casa, mas não tem direito a receber pela entidade empregadora	Os agentes saúde comunitária não beneficiam desse direito, no caso de profissionais as mulheres têm três meses de descanso, o tratamento não é igual. Não nos são dados esses direitos.	Em termo de seguro não, os agentes de saúde comunitária não beneficiam.
---	--	--	---	---	---	---

Grelha de análise de conteúdo 3: Direitos fundamentais

Tabela B3 – Grelha de análise de conteúdo: Direitos fundamentais

Categorias/ entrevistados	Equilíbrio entre pessoal/ familiar e trabalho	Acesso a regalias no trabalho (subsídio de alimentação, apoio à habitação formação...)	Discriminação no local de trabalho	Condições materiais do local de trabalho (equipamentos, recursos, higiene, segurança	Rendimentos Salário e (suficiente? Atrasos salariais
E1 – Médico (diretor do serviço de mobilidade)	Não refere problemas, faz tudo o que é preciso no hospital, depois em casa cumpre com deveres familiares	Sobre regalias só temos direito a transporte, e alimentação, mas às vezes costuma ir de táxi.	Nunca foi discriminado, apesar as pessoas ficarem mal quando teve segundo emprego	Défices materiais na questão de bloco operatório e traumatologia, às vezes falta reagente, e não tem conexões porque acabou oxigénio; a questão de higiene está em boas condições	Salário normalmente atrasa em pagamento e os valores que são pagos não chegam para cobrir todas despesas, o que significa que não é suficiente.
E2 – Médico (cirurgião pediátrico)	Em termos de equilíbrio é difícil, às vezes é chamado fora de horas, tem de deixar a mulher e o filho para ir atender, algo que mexe com a vida familiar	Normalmente alimentação	Foi discriminado quando foi promovido	Carece de muitos materiais, equipamento médico e materiais ou equipamento de diagnóstico dos pacientes... é preciso materiais que podem auxiliar nos diagnósticos.	Muitas vezes recebemos tarde e o próprio salário não chega para fazer face às suas necessidades
E3 – Enfermeira (Centro de saúde)	Às vezes é difícil conciliar... a vida profissional compromete tendo em conta a própria exigência do trabalho.	Acesso a regalias isso é mais para alimentação e transporte, no caso de transporte é para os profissionais que tem serviço à noite, facilita bastante.	Em termos de discriminação dificilmente acontece, é um centro muito organizado sem problemas	As condições materiais não são adequadas, são obrigados trabalhar com o mínimo que tem isso implica que o sistema nacional de saúde tem muitas coisas para modificar ou seja requisição de materiais	Sobre rendimento não corresponde com exigência do trabalho e não é paga a horas e, por outro lado, não chega para pagar despesas.

E4 – Enfermeira (Hospital)	Em termo de equilíbrio pessoal/familiar, às vezes, a vida pessoal fica penalizada porque depois de trabalho é preciso ter um tempo com a família	Acerca das regalias tinha meios transporte para fazer recolha de pessoal durante a noite para serviço e alimentação	Acerca da discriminação preferiu não entrar em detalhes porque há certas coisas que não quer revelar. Sugere medo ou de sigilo profissional.	As condições matérias quase em todo hospital público do país é preciso que governo faz sempre requisição de matérias para pôr a disposição de profissionais de saúde.	O rendimento salarial não é suficiente para cobrir despesas e sempre costuma ser pago muito tarde.
E5 – Agente de saúde comunitária	Tem sempre equilíbrio entre vida pessoal familiar e profissional. Porque próprio agente saúde comunitária pode fazer o trabalho a qualquer hora.	Em termos de regalias como agente saúde comunitária não goza desse direito.	Não refere experiências de discriminação	Sempre houve falta de material	Não temos rendimento, mas sim subsídio...às vezes demora a ser pago.
E6 – Agente de saúde comunitária	Sempre há equilíbrio entre vida pessoal/ familiar e o trabalho porque primeiramente faz rotina de sensibilização e depois dedica-se à vida pessoal e familiar	Enquanto regalias não temos direito como os outros profissionais de saúde	Nunca foi discriminado no local de trabalho.		Como agente de saúde comunitária recebemos subsídio, apesar de alguns atrasos no pagamento.

Grelha de análise de conteúdo 4: Diálogo social

Tabela B4 – Grelha de análise de conteúdo: Diálogo social

Entrevistados	Liberdade para expressar opiniões	Possibilidade de organização coletiva dos trabalhadores e reivindicação de direitos	Entidade representativa dos trabalhadores (sindicatos, comissão de trabalhadores	Percepção sobre eficiência da estrutura coletiva para representação e defesa dos direitos dos trabalhadores	Greve (possibilidades de participação; já participou em greve
E1 – Médico (diretor do serviço de mobilidade)	Existe liberdade de opiniões porque há momentos de reuniões para melhoria do trabalho, onde cada um expressa o seu sentimento para expor a sua ideia.	Claro que existe organização sindical dos profissionais de saúde e próprios sindicatos dos trabalhadores é através desse organização que fazem reivindicação dos direitos	Há entidade representativa. Tem UNTG, a União Nacional dos Trabalhadores Guineenses, que defende toda classe dos trabalhadores de diferentes naturezas seja de saúde, educação entre outras instituições sociais	É uma organização muito forte e eficiente que trabalha a dia a dia para classe dos trabalhadores apesar de atualmente às vezes serem impedidos pela força maior	Já participei na greve porque é um direito que os profissionais têm para reclamar ou seja para fazer valer o seu direito.
E2 – Médico (cirurgião pediátrico)	Não existe muita liberdade em termos de opinião, quando fazem uma reunião nem todas as pessoas falam, porque não é permitido tendo em conta a própria cultura militar. Mas nas ocorrências podem expressar sobre a questão dos pacientes	Não existe uma organização ou comissão que reivindica os direitos dos trabalhadores, depende de sindicato dos trabalhadores Guineenses (UNTG)	Entidade ou organização dos trabalhadores UNTG é uma organização que inclui todos os problemas dos trabalhadores guineenses.	Tem uma estrutura muito forte que resolve muitos problemas dos trabalhadores, às vezes são impedidos de fazer manifestação, mesmo assim existe sempre, é uma organização eficiente e eficaz e tem uma base sólida.	Nunca participei na greve, mas se for convidado diria que sim
E3 – Enfermeira	A entrevista lamenta o atual momento político do país no impedimento de qualquer marcha, ou seja, manifestação	Enquanto organização ou entidade depende do sindicato dos profissionais de saúde e	Sindicatos de saúde, união nacional dos trabalhadores.	Está atento à questão dos profissionais de saúde dos próprios trabalhadores no contexto geral; União	Claro que já participei na greve para exigir os meus direitos.

(Centro de saúde)	no país. Houve uma tendência de calar a própria classe dos trabalhadores e a sociedade em geral neste caso.	organização nacional dos trabalhadores guineenses.		Nacional dos Trabalhadores Guineenses, é organização muito estruturada.	
E4 – Enfermeira (Hospital)	Gozamos do nosso direito de livre expressão no caso de momento das ocorrências onde todo o mundo pode ter uma opinião para melhoria do trabalho e também no caso de evolução dos doentes que estão internados	Normalmente existe uma organização sindical que resolve os problemas do pessoal de saúde.	Sindicatos dos profissionais de saúde e união nacional de trabalhadores guineenses.	É estrutura muito eficiente e bem estruturada que vai ao encontro dos problemas dos profissionais	Participei na greve várias vezes, o que se passa na Guiné-Bissau em termos de pagamentos e melhoria de serviço motiva as pessoas a reclamar para por fim a essa situação.
E5 – Agente de saúde comunitária	Em termos de liberdade de expressão e de opinião somos livre para discutir sobre o relatório mensal com supervisor dos agentes da saúde comunitária.	Não, costuma fazer reivindicação tendo em conta a natureza do trabalho, que é voluntariado.	Sendo o nosso papel na área de saúde é trabalhar como voluntariado, não temos sindicatos nem comissão	--	Não costuma participar na greve
E6 – Agente de saúde comunitária	Como agente de saúde comunitária, discutimos no momento de entrega de relatório o que está mal ou bem para corrigir antes, ou seja, cada pessoa exprime de uma forma livre as suas opiniões	Não costuma fazer reivindicações porque trabalham em regime de voluntariado.	Agente de saúde comunitária não tem uma entidade organizacional representativa como sindicatos a comissão de trabalhadores.	--	Não, não tem motivo para participar.

Grelha de análise de conteúdo 5: O trabalho no setor da saúde na Guiné-Bissau (apreciações gerais)

Tabela B5 – Grelha de análise de conteúdo: O trabalho no setor da saúde na Guiné-Bissau (apreciações gerais)

Categorias/ entrevistados (género e idade)	Motivação para trabalhar na área de saúde	Valorização do trabalho pela comunidade	O que mudaria na sua profissão ou na forma como trabalha e organizado
E1 – Médico (diretor do serviço de mobilidade)	Motivação para trabalhar na área tem a ver com profissão, sinto-me valorizado pelo paciente.	Sente-se valorizado pela comunidade, quando as pessoas são bem tratadas e tudo corre bem, os pacientes e familiares agradecem, às vezes trazem galinhas, ovo para oferecer.	Questão da capacitação e formação contínua de médicos e especialistas; a maioria dos hospitais carece de profissionais de saúde. Por outro lado, existe insuficiência de material (para fazer exames, por exemplo), sendo necessário transferir os pacientes para o Senegal
E2 – Médico (cirurgião pediátrico)	A maior motivação para continuar a trabalhar nessa área tem a ver com uma população carenciada que sofre muita coisa.	Sente-se valorizado pela comunidade, quando viaja para o exterior chamam-lhe doutor e oferecem-lhe coisas.	Sobre setor de saúde na Guiné-Bissau é necessário mudar muitas coisas...tem a ver com política de saúde, partindo do governo do país investir na área de saúde (como outros países como, por exemplo, Senegal e outros países europeus); às vezes os profissionais de saúde são vistos como incapazes, mais não têm é materiais suficientes ou adequados.
E3 – Enfermeira (Centro de saúde)	Sempre sonhou trabalhar na saúde, quando estudava tinha um hospital perto da escola.	Sente-se valorizada pela comunidade; mesmo em casa ajuda as pessoas em momentos de aflição.	Questão do cumprimento de horários; certos profissionais não cumprem com os seus deveres o que importa é só receber o salário...
E4 – Enfermeira (Hospital)	Motivação pessoal para trabalhar na área da saúde; gosta de ajudar quem precisa.	Não se sente valorizada pela comunidade; pacientes/pessoas tendem a vê-la como uma pessoa muito jovem, pensando que é irresponsável.	Muitas coisas para mudar...por exemplo, o critério de seleção das pessoas tem de ser por via de concurso não por conhecimento.

E5 – Agente de saúde comunitária	A maior motivação para trabalhar na área de saúde como agente de saúde comunitária é para ajudar a comunidade.	Sente-se valorizado pela comunidade	Como agente saúde comunitária é preciso ter outro tipo de condições de trabalho, pelo menos assim, sentir-se-ia mais valorizado.
E6 – Agente de saúde comunitária	Sinto-me motivado para atuar na área de saúde como agente de saúde comunitária porque a população carece de certas informações, para poder ajudar na sensibilização.	Normalmente a comunidade valoriza o nosso trabalho com um grande impacto.	Precisa um salário digno porque o subsídio que recebe é muito pouco, acaba por desmotivar as pessoas que trabalham como voluntários.