

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Liliana Sousa Pena

**A Saúde, o Sofrimento e o Trabalho dos
Professores da Universidade
Óscar Ribas em Luanda**



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Liliana Sousa Pena

**A Saúde, o Sofrimento e o Trabalho dos
Professores da Universidade
Óscar Ribas em Luanda**

Tese de Doutoramento em Geografia
Especialidade em Geografia Humana

Trabalho realizado sob a orientação da
**Professora Doutora Paula Cristina Almeida
Cadima Remoaldo**

outubro de 2017

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 11 de Outubro de 2017

Nome completo: Artur Sousa Pereira

Assinatura: 

DEDICATÓRIA

Àqueles que enriquecem o meu viver,
os meus pais, a Angelina, o João Pena,
ao Vasco e ao João Vasco.

AGRADECIMENTOS

Esta tese representa a conclusão de uma etapa profissional e de um percurso traçado com rigor e empenho pessoal. Acima de tudo quero agradecer a Deus pelo folego da vida e a força que a cada dia me inspira e fortalece.

Os resultados apresentados e alcançados não teriam sido possíveis sem o apoio e colaboração de várias pessoas, a quem aproveito para partilhar este momento e dirijo um profundo agradecimento.

Quero manifestar o meu especial agradecimento à orientadora desta investigação, a professora Doutora Paula Remoaldo agradeço todo o empenho, o incentivo e pela sua presença constante e assídua ao longo deste percurso. Um obrigado muito especial pelo acompanhamento amigável, atento e rigoroso que demonstrou durante a elaboração desta tese. Gostaria de agradecer também a várias entidades. Aos dirigentes/gestores e docentes do Instituto Superior Politécnico Independente (I.S.P.I.) pela colaboração na realização do pré-teste dos instrumentos utilizados; e aos dirigentes/gestores e docentes da Universidade Óscar Ribas, que tornaram possível cumprir os objetivos desta investigação.

Quero ainda agradecer o contributo fundamental que obtive de outras personalidades e amigos cujo contributo também marcou esta tese: a Professora Doutora Maria da Conceição Barbosa Mendes, o Professor Doutor Eugénio Alves da Silva, o Professor Doutor José Cunha Machado, o Professor Doutor Luís Miguel Barreiros, a Professora Doutora Clara Costa Oliveira, a Professora Doutora Liliana Almeida, a Mestre Josefina Castillero, a Mestre Sara Silva, Dr.^a Carla Santana, a Dr.^a Liliana Silva e a Alexandra Moreira.

Um agradecimento muito especial ao apoio familiar pelo tempo que não lhes pude dedicar durante estes quase quatro anos. Em especial ao Vasco e ao João Vasco, este último, que nasceu durante este período de investigação e que juntamente com o Vasco, foram os que mais sentiram a minha ausência

EPÍGRAFE

Nosso trabalho clínico nos mostra que o sofrimento pode ser transformado — não apenas em arte, mas também em vida.

Shapiro, F. (1995/2001)

RESUMO

A presente investigação tem como principal objetivo analisar as relações entre a saúde, o sofrimento e o trabalho dos professores universitários da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.), em Luanda. E tem como objetivos específicos: caracterizar o contexto e organização do trabalho docente na (U.O.R.); identificar os sintomas biopsicossociais e analisar os sentimentos de prazer e sofrimento relacionados com o trabalho; identificar as estratégias que os docentes usam, para enfrentar as dificuldades e o sofrimento no trabalho; e por último, propor um modelo de intervenção em saúde ocupacional (M.I.S.O.). Alicerçamos esta investigação em dois referenciais teóricos: o modelo salutogénico de Aaron Antonovsky (1978) e a Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (1980). Procura-se ainda demonstrar a congruência da relação entre estes dois modelos, e entre eles, e a Teoria da Autopoiésis de Maturana e Varela (1972). Utilizou-se uma metodologia mista, visando a aplicação de um questionário, de duas escalas e de uma entrevista semiestruturada a 56 docentes da U.O.R.. Verificou-se a coexistência de níveis moderados de prazer e de sofrimento, em 54% e 50% dos inquiridos, respetivamente, o que sugere que estão a empregar estratégias defensivas no trabalho. Face a vicissitudes na esfera profissional e privada, preferem o uso de estratégias de defesa ‘individuais’, tais como a autorreflexão, a oração, a prática de desporto, o ouvir música, a leitura e o desabafar com familiares ou amigos. As condições de trabalho foram percecionadas como ‘más’ por 64% dos inquiridos e a organização do trabalho foi percecionada como boa e flexível por 50%. No entanto, referem a necessidade de clareza nas regras de trabalho e uma comunicação mais estreita com as chefias/entidade promotora. Revelaram-se como fatores fundamentais para as vivências de prazer no trabalho e conservação da saúde, o reconhecimento, o bom relacionamento com os colegas, a identificação com as tarefas realizadas e a remuneração. Identificaram-se alguns fatores de risco para as vivências de sofrimento e possíveis agravos para a saúde, como o não realizar atividades desportivas, o não ter tempo para atividades de lazer, o exercício de cargos de gestão e o lecionar em período diurno e noturno, de forma simultânea. Em relação à sintomatologia associada à atividade profissional, verificou-se que apenas 25% dos docentes inquiridos por questionário apresentaram níveis moderados em sintomas físicos (sendo os mais salientes as alterações de sono, as dores de cabeça e as dores no corpo), 11% apresentaram resultados moderados em sintomas sociais (sendo as queixas mais salientes a dificuldade no relacionamento familiar e nas tomadas de decisão, assim como o desinteresse pelas pessoas) e apenas 2% apresentou resultados críticos em sintomatologia psíquica (sendo os sintomas mais prevalentes a tristeza e a irritação com tudo o que acontece na vida).

Palavras-chave: saúde, sofrimento, trabalho, psicodinâmica do trabalho, professores universitários, docência, Luanda.

ABSTRACT

The present research aims to analyze the relations between health, suffering and the work of university professors of Universidade Óscar Ribas (U.O.R.), in Luanda. Its specific objectives are: to characterize the context and organization of the teaching work in U.O.R.; Identify biopsychosocial symptoms and analyze the work-related feelings of pleasure and suffering; Identify the strategies teachers use to cope with difficulties and suffering at work; And, finally, present a model of intervention in occupational health (M.I.S.O.). We based our research on two theoretical frameworks: the Salutogenic Model of Aaron Antonovsky (1978) and the Work Psychodynamics of Christophe Dejours (1980). We also seek to demonstrate whether these two models are congruent to each other, as well as to the Theory of Autopoiesis of Maturana and Varela (1972). We used a mixed methodology, by using a two-scale questionnaire and a semi-structured interview to 56 teachers. Results show moderate levels of pleasure and suffering in 54% and 50% of respondents, respectively, which suggests that they are employing defensive strategies at work. When faced with problems or suffering in the professional or private sphere, they prefer the use of 'individual' defense strategies, such as self-reflection, prayer, practising sports, listening to music, reading and talking with family or friends. The working conditions are perceived as 'bad' by 64% of the respondents whereas the organization of the work is perceived as good and flexible by 50%. However, they mention the need for clarity in the work rules and a closer communication with the bosses, and from the promoter entity. Getting recognition from managers, having a good relationship with the colleagues, identifying themselves with the tasks they do and the income came up as fundamental factors to experience satisfaction at work and the preservation of health. On the other hand, not doing sports, not having time for leisure activities, holding management positions and teaching night and day time simultaneously, have been identified as risk factors that may lead to experiencing suffering and possible health problems. As for the symptoms associated with the professional activity, only 25% of teachers questioned by questionnaire showed moderate levels of physical symptoms (the most salient being sleeping disorders, headache and body ache), 11% have social symptoms (the most salient complaints being difficulties in family relationships and decision making, as well as loss of interest in people) whereas only 2% presented critical results in psychic symptoms (the most prevalent symptoms are, being sadness and irritation at every life event).

Keywords: health, suffering, work, psychodynamics of work, university professors, teaching, Luanda.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	27
Definição da problemática.....	29
Território e objetivos da investigação	32
Procedimentos metodológicos adotados e fontes utilizadas	35
Estrutura da tese.....	36
PARTE I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE SAÚDE, TRABALHO E SOFRIMENTO E BREVE CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO EXISTENTE EM LUANDA.....	39
Capítulo 1. Do conceito de saúde à importância do território	41
1.1.Noção de saúde e evolução do conceito	41
1.2.Educação para a Saúde e Promoção da Saúde	47
1.3.O Modelo Salutogénico.....	55
1.4.Empoderamento.....	64
1.5.Determinantes e desigualdades sociais e territoriais em saúde.....	74
1.5.1. Determinantes sociais e ambientais da saúde.....	74
1.5.2. Desigualdades em saúde: o papel do território e do ambiente	84
1.6.Notas Conclusivas.....	92
Capítulo 2. Abordagem teórica sobre os conceitos de trabalho e de sofrimento	95
2.1. Conceito de saúde ocupacional	95
2.2. Conceito de trabalho.....	100
2.3.O contributo da Geografia do Trabalho.....	115
2.4.Psicodinâmica do Trabalho: um olhar sobre trabalho, saúde e sofrimento	120
2.5.Outras perspetivas sobre sofrimento	134
2.6.Notas Conclusivas.....	139
Capítulo 3. Caraterização do território angolano: enfoque sobre Luanda	141
3.1.Breve caraterização histórica	141
3.2.Localização e divisão geográfica e principais recursos hídricos	147
3.3.Caraterização climática	152
3.4.Caraterização sociodemográfica	154
3.5.Indicadores sociais e condições de vida	165
3.6.A saúde e o perfil epidemiológico em Angola.....	176
3.7.Indicadores da situação socioeconómica	191
3.8.Posicionamento de Luanda.....	198
3.9. Notas conclusivas	205

Capítulo 4. Caraterização da rede geral de ensino em Angola: um olhar sobre o ensino superior	207
4.1. Evolução histórica do sistema educativo.....	207
4.2. Níveis de ensino e principais indicadores nacionais	210
4.3. Visão geral sobre a rede de ensino superior	215
4.4. Trabalho, saúde e sofrimento de professores universitários em Luanda	227
4.5. Notas conclusivas.....	244
PARTE II – PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DO SOFRIMENTO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE ÓSCAR RIBAS	247
Capítulo 5. Pressupostos metodológicos	249
5.1. Metodologia e técnicas usadas	249
5.2. Instrumentos.....	252
5.2.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	253
5.2.2. Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)	253
5.2.3. Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (E.S.R.T.).....	254
5.2.4. Entrevista semiestruturada	255
5.3. Realização do Pré-teste	257
5.4. Local do estudo.....	260
5.5. Procedimentos e recolha da amostra	266
5.6. Caraterização da população	269
5.7. Notas conclusivas.....	269
Capítulo 6. Apresentação, análise e discussão dos resultados sobre a saúde, o sofrimento e o trabalho docente na Universidade Óscar Ribas	271
6.1. Caraterização da amostra.....	271
6.1.1. Perfil pessoal dos inquiridos	271
6.1.2. Perfil profissional dos inquiridos.....	273
6.1.3. Prática de atividades e perceção sobre a sua saúde.....	276
6.1.4. Perfil dos entrevistados	277
6.2. Análise de conteúdo das entrevistas.....	277
6.2.1. Análise da categoria “Trabalho”	279
6.2.1.1. Subcategoria “Condições de Trabalho”	280
6.2.1.2. Subcategoria “Organização do trabalho”	283
6.2.1.3. Subcategoria “Ambiente de trabalho”.....	286
6.2.1.4. Subcategoria “Relações socioprofissionais”	289
6.2.1.5. Subcategoria “prestígio social da profissão”	294
6.2.2. Análise da categoria “saúde”.....	296

6.2.2.1. Subcategoria “Realização profissional”	297
6.2.2.2. Subcategoria “Liberdade de expressão”	300
6.2.2.3. Subcategoria “Tipo de estratégias usadas”	302
6.2.2.4. Subcategoria “Personalidade/S.O.C.”	309
6.2.3. Análise da categoria “Sofrimento”	312
6.2.3.1. Subcategoria “Esgotamento”	312
6.2.3.2. Subcategoria “Falta de reconhecimento”	316
6.3. Análise dos resultados quantitativos	319
6.3.1. Análise dos resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)	319
6.3.2. Análise dos resultados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.P.S.T.)	321
6.4. Análise bivariada e discussão dos resultados	322
6.5. Notas conclusivas	342
Capítulo 7. Considerações finais	345
7.1. Principais conclusões	345
7.2. Proposta de intervenção para a promoção da saúde no trabalho docente	349
7.3. Limitações do estudo	358
7.4. Sugestões e recomendações para futuras investigações	358
Bibliografia	361
Anexos	457

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo Concetual da presente investigação	31
Figura 2. Representação de Antonovsky sobre o movimento em direção à saúde.....	59
Figura 3. <i>Health In The River Of Life</i>	61
Figura 4. <i>The River of Life</i>	62
Figura 5. Níveis de influência das determinantes em saúde	77
Figura 6. Postura do trabalhador sob o olhar diferenciado da Psicopatologia do Trabalho e da Psicodinâmica do Trabalho.....	123
Figura 7. Mapa do território da República de Angola e alguns elementos caraterizadores deste território	148
Figura 8. Imagens da bacia de Okavango	149
Figura 9. Divisão administrativa de Angola, províncias e suas capitais.....	150
Figura 10. Mapa da província de Luanda	151
Figura 11. Distribuição percentual da população residente por província, em 2014.....	156
Figura 12. Quadro epidemiológico em Angola	176
Figura 13. Incidência geográfica da malária	178
Figura 14. Plano de expansão de Escolas e de Professores do Futuro, em território angolano, em 2006 e previsão para 2015	210
Figura 15. Edifício da reitoria e fachada da U.O.R	263
Figura 16. Edifício de salas de aula e reprografia da U.O.R. no centro	264
Figura 17. Novo edifício da U.O.R.....	264
Figura 18. Modelo de Intervenção em Saúde Ocupacional (M.I.S.O.)	352
Figura 19. Fases do Plano de ação do M.I.S.O.....	352

Índice de Quadros

Quadro 1. Fundamentos do Modelo Concetual desta investigação.....	28
Quadro 2. Semelhanças e divergências entre o modelo Salutogénico e a Carta de Ottawa	63
Quadro 3. População residente por província e área de residência, segundo o sexo e índice de masculinidade.....	155
Quadro 4. Indicadores sociodemográficos em Angola.....	164
Quadro 5. Sistemas de água, número de ligações domiciliárias e de chafarizes, por província.....	166
Quadro 6. Relação entre a distribuição da população e os sistemas de abastecimento de água por província	167
Quadro 7. Progresso ao longo de 25 anos, em acesso a água potável e saneamento básico em Angola (1990-2015).....	169
Quadro 8. Índice de desenvolvimento humano e seus componentes, por região em 2010 e 2013.....	170
Quadro 9. Indicadores Sociais e condições de vida em Angola.....	174
Quadro 10. Evolução do quadro epidemiológico de malária entre 2003 e 2012	177
Quadro 11. Indicadores socioeconómicos	193
Quadro 12. Principais exportações de bens	194
Quadro 13. Principais importações de bens	194
Quadro 14. População residente por município e área de residência, de acordo com o sexo e índice de masculinidade em 2014	200
Quadro 15. Posicionamento de Luanda no setor primário de atividade económica, entre 2009 e 2013	202
Quadro 16. Posicionamento de Luanda no setor secundário de atividade económica, entre 2009 e 2013	203
Quadro 17. Posicionamento de Luanda no setor terciário de atividade económica, entre 2009 e 2013	204
Quadro 18. Aspetos positivos e negativos no cenário de atividade económica na província de Luanda	205
Quadro 19. Níveis de graduação do subsistema de ensino superior e respetiva duração	215
Quadro 20. I.E.S. públicas e privadas em Angola, em 2015	219

Quadro 21. Número de matrículas no ensino superior angolano entre 2009 e 2013	221
Quadro 22. Evolução do número de professores universitários entre 2002 e 2015	239
Quadro 23. Perfil do corpo docente angolano, em 2015	240
Quadro 24. Distribuição dos participantes por nacionalidade, estado civil e número de filhos	272
Quadro 25. Distribuição dos participantes por sexo, idade e habilitações literárias	272
Quadro 26. Distribuição dos participantes por tempo de serviço, carga horária e turno de trabalho	273
Quadro 27. Distribuição dos participantes por departamento ou curso em que lecionava, tipo de contrato e exercício de cargos de gestão na instituição	274
Quadro 28. Distribuição dos participantes de acordo com a existência de outro emprego, tempo de lazer e tempo para atividades desportivas	276
Quadro 29. Categorias e subcategorias utilizadas na matriz.....	278
Quadro 30. Matriz de categorização das entrevistas aos docentes da U.O.R com um exemplo para a categoria de trabalho.....	279
Quadro 31. Perceção que os docentes possuem sobre as suas condições de trabalho....	280
Quadro 32. Perceção dos docentes sobre a organização do trabalho na U.O.R.....	283
Quadro 33. Perceção dos docentes sobre o ambiente de trabalho na U.O.R	287
Quadro 34. Perceção dos docentes sobre as relações socioprofissionais na U.O.R.....	290
Quadro 35. Opinião dos docentes da U.O.R., sobre o prestígio social da profissão	294
Quadro 36. Opinião dos docentes sobre o sentimento de realização profissional	297
Quadro 37. Opinião dos docentes sobre a de liberdade de expressão na U.O.R.....	300
Quadro 38. Identificação do tipo de estratégias defensivas que os docentes da U.O.R. utilizam no local de trabalho e na vida em geral	303
Quadro 39. Autoavaliação dos docentes sobre a força da sua personalidade e respetivas características pessoais	310
Quadro 40. Autoavaliação dos docentes da U.O.R. sobre as sensações de esgotamento emocional, mental e físico.....	313
Quadro 41. Perceção dos docentes sobre a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado na U.O.R.	317
Quadro 42. Consistência interna da *Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.).....	319
Quadro 43. Resultados sobre prazer, sofrimento e seus indicadores.....	320

Quadro 44. Consistência interna da *Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.)	321
Quadro 45. Apresentação dos resultados sobre sintomas físicos, sociais e psíquicos ...	322
Quadro 46. análise da medida de concordância entre as técnicas (inquérito por entrevista e por questionário) e os respectivos índices de Kappa	323
Quadro 47. Recodificação das variáveis	325
Quadro 48. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis do contexto de trabalho e sintomatologia	326
Quadro 49. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas e as variáveis sobre ambiente de trabalho e relações socioprofissionais	330
Quadro 50. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis de prazer e seus indicadores.....	333
Quadro 51. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis de sofrimento e seus indicadores.....	337
Quadro 52. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis das estratégias defensivas utilizadas pelos docentes.....	340
Quadro 53. Mapa estratégico para implementação do M.I.S.O	357

Abreviaturas e siglas

- A.A.S. - Água, Ambiente e Saúde
- A.C.A.T.S. - African Credits Accumulation and Transfer System
- A.C.N.U.D.H. - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos
- A.C.N.U.R. - Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
- A.C.P. - Avaliação Conjunta do País
- A.C.T. - Apelo Consolidado para Transição
- A.D.P.P. - Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo - Angola
- A.D.R.A. - Ação para o Desenvolvimento Rural e Ambiental (Angola)
- A.D.R.P. - Projeto de Emergência para Desmobilização e Reintegração
- A.I.D. - Associação Internacional de Desenvolvimento
- A.P.A.V. - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- A.P.R. - Alimentação por Recursos
- A.T.V. - Aconselhamento e Testes Voluntários
- A.V. - Avaliação de Vulnerabilidade
- B.I.C. – Banco Internacional de Crédito
- C.A.A.R.E. – Comissão Acompanhamento Ação Reforma Educativa
- C.A.P.C. - Conhecimento, Atitude, Prática e Comportamento
- C.A.P.s - Comité de Aprovação de Projetos
- C.A.S. - Centro de Alimentação Suplementar
- C.A.T. - Centro de Alimentação Terapêutica
- C.D.C. - Convenção dos Direitos da Criança
- C.E. - Comissão Europeia
- C.E.D.A.W.
- Comité para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
- C.E.I.C./U.C.A.N. - Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola.
- C.G. - Comissão de Gestão
- C.I.T.E.S. -
- Convention on International Trade in Endangered species of wild fauna and flora
- C.M.C. - Comunicação de Mudança de comportamento
- C.N.E. - Comissão Nacional de Eleições

C.N.I.D.A.H. -
Comissão Nacional Intersectorial para Desminagem e Assistência Humanitária
C.N.L.S. - Comissão Nacional Luta contra a Sida
C.O.S.V. - Coordenação das Organizações de Serviço Voluntário
C.O.V. - Crianças Órfãs Vulneráveis
C.P.A.T. - Comissões de Prevenção de Acidentes de Trabalho
C.P.C. - Centro para Pensamento Comum
C.R./C.H. - Coordenador Residente/Humanitário das Nações Unidas
D.E.F.A. - Direção de Emigração e Fronteiras de Angola
D.N.A. - Direção Nacional de Águas
D.N.A.P. - Direção Nacional de Administração Pública
D.N.S.P. - Direção Nacional de Saúde Pública
D.P.A./N.U. - Departamento das Nações Unidas para Assuntos Políticos
D.S.T. - Doenças Sexualmente Transmissíveis
E.C.P. - Estratégia de Combate à Pobreza
E.G.O. - Equipa de Gestão das Operações das Nações Unidas
E.P.T. - Educação para Todos
E.R.P. - Estratégia de Redução da Pobreza
F.A.A. - Forças Armadas Angolanas
F.A.O. - Programa das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação
F.M.I. - Fundo Monetário Internacional
F.N.L.A. - Frente Nacional de Libertação de Angola
F.N.U.A.P. - Fundo das Nações Unidas para a População
G.A. - Governo de Angola
G.C.A.A. - Grupo de Chefes de Agências em Angola
G.E.P.E. - Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística
G.I.D.I. - Gestão Integrada de Doenças Infantis
G.R.R. – Recursos Gerais de Resistência
G.T.I.T. - Grupo de Trabalho de Informação de Tecnologia
G.U.R.N. - Governo de Unidade e Reconciliação Nacional
H.A.B.I.T.A.T. - Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos
I.B.E.P. - Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População
I.D.R. - Inquérito aos Agregados Familiares sobre Despesas e Receitas
I.E.C. - Informação, Educação e Comunicação

I.F.A.D. - Fundo Internacional para o Desenvolvimento Agrícola
I.G.T. - Inspeção Geral do Trabalho
I.L.O. - Organização Internacional do Trabalho
I.N.A.C. - Instituto Nacional da Criança
I.N.A.D. - Instituto Nacional de Desminagem
I.N.E. - Instituto Nacional de Estatística
I.N.L.S. – Instituto Nacional de Luta Contra V.I.H./S.I.D.A.
I.N.S.A. – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge
I.N.S.S. - Instituto Nacional de Seguridade Social
I.S.C.E.D. - Instituto Superior de Ciências da Educação
I.U.H.P.E. - International Scientific and Professional Organization of Health Promotion
L.E.R./D.O.R.T. - Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo Articulares Relacionados ao Trabalho
L.I.C.U.S. - Países com Baixo Rendimento devido ao Stress
M.&E. - Mecanismos de Acompanhamento e Avaliação
M.A.P.E.S.S. - Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social
M.A.T. - Ministério da Administração do Território
M.E.D. - Ministério da Educação
M.I.C.S. - Inquérito de Indicadores Múltiplos
M.I.N.A.D.E.R. - Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
M.I.N.F.A.M.U. - Ministério da Família e Promoção da Mulher
M.I.N.I.N.T. - Ministério do Interior
M.I.N.J.U.D. - Ministério da Juventude e Desportos
M.I.N.P.L.A.N. - Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial
M.I.N.R.E.X. - Ministério das Relações Exteriores
M.I.N.S.A. - Ministério da Saúde Angola
M.I.N.U.H. - Ministério do Urbanismo e Habitação
M.N.T. - Meningite
M.O.N.U.A. - Missão de Observação da O.N.U. em Angola
M.P.L.A. - Movimento Popular de Libertação de Angola
M.S.A.H. - Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Finlândia
N.N.A.R.P. - Centro Nacional de Recolha e Estudo de Literatura Oral
O.C.H.A. - Escritório para Coordenação dos Assuntos Humanitários
O.C.T. – Organização Científica do Trabalho

O.D.M. - Objetivos do Desenvolvimento do Milénio
O.I.M. - Organização Internacional para as Migrações
O.I.P. - Oficiais de Informação Pública
O.I.T. - Organização Internacional do Trabalho
O.M.S. - Organização Mundial da Saúde
O.N.G. - Organização não-Governamental
O.N.U. - Organização das Nações Unidas
O.N.U.S.I.D.A. - Programa Conjunto das Nações Unidas Sobre o SIDA
O.S.C. - Organização da Sociedade Civil
O.S.P. – Organização de Significado Pessoal
P.A.L.O.P.S. – Países de Língua Oficial Portuguesa
P.A.M. - Programa Alimentar Mundial
P.A.V. - Programa Alargado de Vacinação
P.E.A. – Relatório de Perspetivas Económicas em África
P.E.P.R.A. - Plano Estratégico para a Revitalização da Alfabetização
P.C.G.R.N. - Programas Comunitários de Gestão de Recursos Naturais
P.N. - Polícia Nacional
P.N.C.M. - Programa Nacional de Controlo da Malária
P.N.D.S. – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
P.N.N. - Programa Nacional de Nutrição
P.N.U.D. - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
P.R.S. - Partido de Renovação Social
P.T. - Parteiras Tradicionais
P.V.C.V.A. - Pessoas a Viverem com V.I.H./S.I.D.A.
R.A.V. - Retornados Aconselhados Voluntariamente
R.E.T.E.P. – Reforma Educativa do Ensino Técnico Profissional
S.A.D.C. - Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
S.C.R. - Sistema do Coordenador Residente das Nações Unidas
S.G.E.I. - Sistemas de Gestão de Educação e Informação
S.I.S. – Sistema de Informação Sanitária
S.J.R. - Serviço Jesuíta para o Refugiado
S.O.C. – ‘Sense of coherence’ - Sentido de coerência interna
T.B. - Tuberculose
T.M.P.F. - Transmissão de Mãe Para o Filho

T.O.D. - Terapia Observada Diretamente
T.P.A. - Trabalho por Alimentos
T.P.I. - Tratamento Presumível intermitente
U.C.T. - Unidade da Coordenação para Transição
U.N.A.V.E.M. - United Nations Angolan Verification Mission
U.N.C.D.F. - Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento de Capital
U.N.D.A.F. - Quadro de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento
U.N.D.E.S.A. - Departamento para Assistência Económica e Social
U.N.D.G.O. - Escritório do Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas
U.N.E.P. - Programa das Nações Unidas para o Ambiente
U.N.E.S.C.O. - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
U.N.G.A.S.S. - United Nation's General Assembly
U.N.I.C.E.F. - Fundo das Nações Unidas para a Infância
U.N.I.C.R.I. - Instituto para a Pesquisa para a Justiça e Crime Inter-Regional
U.N.I.D.O. - Organização das Nações Unidas para o Desenvolvimento Industrial
U.N.I.F.E.M. - Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
U.N.I.T.A. - União Nacional para a Independência Total de Angola
U.N.S.E.C.O.O.R.D. - Organização das Nações Unidas para a Segurança
U.R.S.S. - União das Republicas Socialistas Soviéticas
U.S.A.I.D. - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
V.I.H./S.I.D.A. -
Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
V.N.U. - Voluntários das Nações Unidas

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho tem sido marcado por múltiplas mudanças, desde as inovações tecnológicas, ao fenómeno da globalização, até às novas formas de gestão que conduzem a processos de reestruturação da produtividade num mercado altamente competitivo. Em consequência de tais metamorfoses tecnológicas, económicas e sociais, acentuou-se a precarização das condições de trabalho, o aumento progressivo do trabalho informal e a ameaça crescente de desemprego.

Essas transformações, assim como as exigências socioeducativas, do mundo atual são fatores que dificilmente deixam de afetar a saúde e o bem-estar dos professores. Já em 1981, a Organização Internacional do Trabalho, num relatório sobre o *Emprego e Condições de Trabalho*, considerava a profissão docente como uma *profissão de risco físico e mental* (p. 15 e 16). Mais recentemente, Pereira (2010), num estudo sobre *Condições de trabalho e efeitos sobre a saúde de professores*, refere que são múltiplas as competências e exigências de um professor, assim como eles apresentam elevados índices de problemas de saúde, sendo clara a existência de dificuldades relacionadas com o exercício da profissão docente.

Contudo, o trabalho não é apenas uma atividade. É também uma forma de relação social que favorece a construção identitária, as trocas afetivas e económicas, mas ao mesmo tempo permite a confrontação entre a singularidade de cada professor (o seu mundo interno e subjetivo) e as regras, lógicas e desafios da própria organização do trabalho. Assim, se por um lado o mundo do trabalho pode gerar sofrimento, por outro lado, pode ser uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto (Heloani e Lancman, 2004). Neste sentido, o trabalho pode ser gerador de prazer e de realização pessoal.

Em Angola, nos últimos trinta anos, assistiu-se a transformações sociais, políticas e económicas, lançando novos desafios a todos os setores, nomeadamente ao sistema educativo. Esta situação requer dos professores uma capacidade de adaptação e competências que permitam responder a uma realidade mutável, exigente e global. E, como é sabido, o trabalho de um professor universitário não se restringe ao exercício da sua função em sala de aula, exigindo atualização e preparação constantes, o que além das exigências institucionais leva à extensão da jornada de trabalho. Tal fato acarreta, inevitavelmente, implicações para a saúde e pode conduzir os professores a experienciar situações paradoxais de bem-estar/prazer e sofrimento no trabalho (Freitas, 2005; Lopes,

2006; Gradella Jr., 2010; Vilela, 2010). As vivências de sofrimento surgem relacionadas com a precarização das condições e relações de trabalho. As vivências de bem-estar são possibilitadas pela produção de conhecimento, pelas relações afetivas e reconhecimento profissional, o que proporciona prazer, realização, liberdade e identidade (A. Mendes, 2007b).

É com a consciência de tais mudanças no mundo atual que nos propomos estudar os impactes do trabalho na saúde, e analisar o eventual sofrimento daí decorrente em professores universitários na cidade de Luanda (Angola). Para tal, fundamentamos a nossa investigação usando o modelo salutogénico de Aaron Antonovsky (1978) e o modelo teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (1980), procurando articulá-los (Quadro 1) entre si, bem como entre eles e a teoria da autopoiesis, de Humberto Maturana e Francisco Varela (do M.A.O. - Movimento de Auto-Organização que se começou a constituir na década de 80 do século passado).

Quadro 1. Fundamentos do Modelo Concetual da presente investigação

Teorias		Salutogénico	Psicodinâmica do Trabalho	Autopoiesis
Autores		Antonovsky	Dejours	Maturana e Varela
Ponto de vista	Social (Exterior)	G.R.R's (Recursos Gerais de Resistência)	Estratégias defensivas (corpo)	Acoplamento Estrutural (aberto)
	Pessoal (Interior)	S.O.C. (Sentido de Coerência Interna)	Psiquismo (carne)	Organização Autopoietica (fechada)
Quem? (Sujeito da ação)		Homem	Trabalhador	Seres vivos
O que ocorre?		Saúde	Sufrimento criativo (Indicadores Prazer)	Aprendizagem por complexificação
		Doença	Sufrimento Patológico (Indicadores de Sofrimento)	Doença (Descompensação, desintegração) Morte
Quando?		Perturbações? Ruído? Sofrimento?	Stress (eustress - positivo, distress - negativo)	Perturbações (internas/externas)
Onde? (Ambiente ou contexto)		ao longo da (Ciclo de) Vida	do/no Trabalho	Interior e/ou via nichos

Fonte: Elaboração própria.

Apesar de não ser um dos objetivos desta investigação, através deste novo modelo concetual será possível estabelecer um plano de ação/atuação que possibilitará maximizar

o bem-estar e a saúde, minimizando o sofrimento e outros efeitos negativos produzidos pelo conflito entre o professor (psiquismo do trabalhador) e a organização do trabalho (prescrito pela universidade), *latu sensu*.

Salientamos, ainda, que até ao momento, não foram realizados estudos, nacionais ou internacionais, que integrem estes referenciais teóricos, demonstrando coerência e sentido entre eles. Esta integração permite a criação de uma perspectiva investigacional que observa o ser humano sob um ponto de vista epistemológico de tipo holístico e que considera a sua capacidade para se complexificar, desenvolver, (re)construir e (re)organizar, buscando, sobretudo, o contributo da ciência geográfica e da psicologia. Trata-se também do primeiro estudo realizado em Angola descrevendo e indagando sobre as relações existentes entre saúde e trabalho, procurando compreender e descrever a percepção das vivências de sofrimento que os professores universitários possuem relacionadas com o contexto e organização do trabalho.

Definição da problemática

Ser professor é ter uma profissão de cuidado e ajuda ao outro, no sentido da contribuição para o seu crescimento e desenvolvimento, numa perspectiva de co-construção do conhecimento e do saber (A. Mendes *et al.*, 2007). Destacamos a importância da qualidade da inter-relação com o aluno, da capacidade de líder ou orientador por parte do professor, bem como a sua postura e motivação, que influenciam (por modelação e através do currículo oculto) e conduzem os alunos à aprendizagem.

Paralelamente, as pressões socioeconómicas do mundo do trabalho exigem dos professores, mas também das respetivas escolas e universidades, uma contribuição ativa na competitividade da economia. E, deste modo, a universidade vê-se transformada em mais uma organização de mercado, o que se verifica fortemente em Angola, particularmente em Luanda, onde se assiste à proliferação de universidades privadas.

Neste contexto, redimensiona-se a noção de qualidade para uma lógica de competição baseada no mérito e competência. Também, a eficiência e a produtividade são objetivadas em índices de produção de artigos, orientações de projetos e captação de novos recursos, o que fomenta a competitividade entre professores, minando o relacionamento interpessoal, além de intensificar a carga de trabalho (Coutinho *et al.*, 2011).

Em 2004, foi realizado um estudo de análise socio-organizacional de uma instituição de ensino superior em Angola (a Universidade Agostinho Neto, em Luanda). Este estudo

foi conduzido por Eugénio Adolfo Alves da Silva, usando uma amostra de 247 professores. Constatou que os professores universitários possuem uma autoimagem muito positiva que resulta do valor intrínseco da profissão. No entanto, contrariamente a esta percepção pessoal está a noção de prestígio social, uma vez que a atividade docente é socialmente desvalorizada face a outras em que os profissionais têm mais capacidade de decisão e autonomia, bem como acesso a bens materiais. Na presente investigação, propomo-nos verificar se esta percepção ocorre entre os docentes da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.), em Luanda.

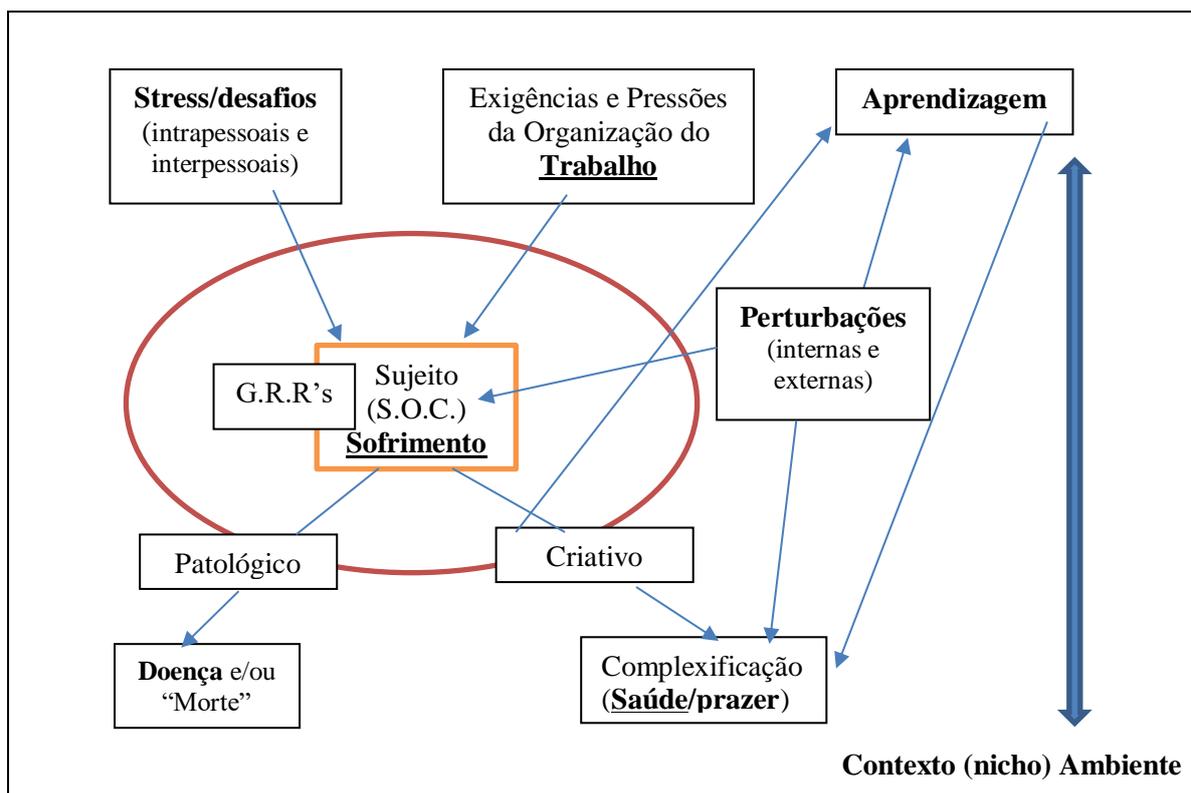
No contexto atual da educação, cabe a reflexão sobre a formação de professores que considerem as mudanças e reconstruam os saberes de modo integral e significativo, educando para a complexidade, ou seja, sobre aspetos pedagógicos e todas as multidimensões envolvidas, nomeadamente as que contribuem para o seu sofrimento e/ou para a sua saúde.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença (W.H.O., 1946). Esta definição foi amplamente criticada por vários autores, ainda que continue a ser usada por várias ciências, estando entre elas a Geografia. Dejours distancia-se deste conceito de saúde por considerar impossível a definição de bem-estar e por esse mesmo estado (*de completo bem-estar*) não existir. Este autor define que ter saúde *é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social* (1986, p. 11). É necessário que haja liberdade e esta é muitas vezes condicionada pela organização do trabalho (Lancman e Uchida, 2003; Heloani e Lancman, 2004) gerando sofrimento ao trabalhador.

No entanto, o sofrimento, nem sempre terá conotação negativa. Atendendo à *Teoria da Complexificação pelo Ruído*, de Henry Atlan (1979) inscrita no M.A.O. (Movimento de Auto-Organização), o sofrimento pode consistir numa oportunidade. Nesta perspetiva, em face da desordem ou caos provocado pela organização do trabalho, o trabalhador poderá ser capaz de elaborar de forma autopoietica (na linguagem de Maturana e Varela, 1980 e 2002) estratégias e soluções - em congruência interna consigo mesmo, com a sua individualidade, funcionamento interno ou nas palavras de Bateson (1972 e 1979) - padrão organizativo - ou ainda, organização autopoietica - que lhe permitam superar progressivamente essa situação, complexificando-se ou evoluindo. É a capacidade que o sujeito tem para ativamente compensar as perturbações que o meio (trabalho) lhe provoca, que se traduzem em aprendizagem (complexificação). O que procuramos elucidar na

presente tese é a congruência entre a teoria da Psicodinâmica do Trabalho enunciada por Dejours (1980/1986) e a Teoria de Autopoiesis de Maturana e Varela (1972/2002). Quando um organismo ou sistema autopoietico compensa ou supera uma perturbação (como a pressão do trabalho) espelha uma forma de sofrimento que Dejours designa de criativa, ou seja, o trabalhador foi capaz de subverter os efeitos das pressões de trabalho e usá-las em favor da sua autorrealização. Podemos ainda alinhar estas teorias com o modelo Salutogénico de Antonovsky (1978), uma vez que este enuncia que mesmo em situações perturbadoras as pessoas têm a capacidade de gerar recursos (denominados de Recursos Gerais de Resistência - G.R.R.) para lhes fazer face, mantendo ou produzindo saúde, do ponto de vista interno do organismo (homeostasia) e da sua configuração acopulativa, como se pode observar na Figura 1.

Figura 1- Modelo Concetual da presente investigação



Fonte: Elaboração própria, com base na Perspetiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner (1996).

Na Figura 1 o retângulo maior (macrosistema, envolve o contexto sociocultural e ambiental do sujeito), enquanto a representação oval de cor vermelha constitui um mesossistema, que é o ambiente/contexto próximo do sujeito, que envolve os diversos

microsistemas (família, amigos, trabalho, e o “eu/self do sujeito”), e que afeta e é afetado por todos os outros sistemas.

O modelo salutogénico ajuda, portanto, a compreender e a explicar a capacidade de atribuição de significado e/ou sentido a experiências tão desintegradoras como as de sofrimento humano. Tal acontece, porque o sofrimento pode proporcionar aprendizagem (Cassell, 2004; C. Oliveira, 2004; C. Oliveira *et al.*, 2012) sendo esta capacidade do ser humano apelidada de neguentrópica, por contrariar ou resistir ao segundo princípio da termodinâmica (Antonovsky, 1996; C. Oliveira, 2006).

Desta forma, a presente investigação centra-se em duas questões, tendo subjacente a cidade de Luanda (capital de Angola), às quais se tenta responder ao longo desta tese:

Qual é a relação entre a perceção que os professores da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) possuem sobre as condições e a organização do trabalho e os sintomas físicos e psicossociais relacionados com o trabalho?

Quais são as estratégias que os professores da U.O.R. utilizam para enfrentarem ou se defenderem de situações de sofrimento relacionadas com o trabalho?

Território e objetivos da investigação

Em termos de efetivação da nossa investigação, há necessidade de se identificar, caracterizar e compreender o território, o contexto social, económico e até ambiental, em que se insere. O local de estudo selecionado segundo o critério da acessibilidade, foi a Universidade Óscar Ribas, que se situa na área da Talatona, na capital do território angolano, Luanda.

A República de Angola localiza-se geograficamente na zona Ocidental da África Austral, a sul do equador, estando a maior parte do seu território compreendida entre os paralelos 4° 22” de latitude e os meridianos 11° 41” e 24° 05” a Este de Greenwich. Tem uma superfície terrestre de 1.246.700 km² e uma costa marítima de 1.650 km². A fronteira terrestre ocupa uma área de 4.837 km² de comprimento. No sentido Norte-Sul o território tem um comprimento aproximado de 1.277 km² e no sentido Oeste-Este de 1.236 km² (I.N.E., 2013).

Angola encontra-se na zona intertropical sul e é influenciada pelos fatores climáticos gerais comuns à zona geográfica de localização (radiação solar, latitude, circulação geral da atmosfera) e pelos fatores regionais e locais (*e.g.*, topografia, exposição, presença do

Oceano Atlântico, especialmente da corrente fria de Benguela). Verifica-se a existência de duas grandes regiões climáticas, com os seguintes subclimas: *Litoral*, com clima tropical seco, a norte, e desértico, a sul, uma humidade relativa superior a 30% e temperatura média anual superior a 23°C; *Interior*, que compreende três subtipos (I.N.E., 2013):

- a) tropical húmido, que abrange a zona norte interior e o nordeste, com precipitações abundantes e temperatura elevada;
- b) tropical modificado pela altitude que abrange as regiões altas do planalto central e que se caracteriza por temperaturas médias inferiores a 19° C, temperaturas baixas na estação seca e no sudoeste por grandes amplitudes térmicas diárias;
- c) semiárido no sudoeste, com uma pluviosidade média anual compreendida entre os 500mm e os 800mm e temperaturas baixas durante o período noturno da estação seca.

Em termos demográficos, o I.N.E. (2013) avançou uma projeção demográfica da população entre 2009 e 2015, estimando que em 2013 existiriam 19.183.590 habitantes e uma densidade populacional na ordem dos 15,5 habitantes por Km². Dados recentes, do Recenseamento efetuado em Maio de 2014, indicam que a população angolana era de 24,3 milhões de habitantes, sendo a densidade populacional na ordem dos 19 habitantes por Km² distribuídos por 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas. Os principais centros urbanos são a capital Luanda, Huambo, Benguela, Lobito e o Lubango. É de salientar que aproximadamente 30% da população se concentra em Luanda. Segundo o sociólogo e demógrafo angolano Lukombo Nzatuzola (2011), este fato, pode ser explicado através de fenómenos como o êxodo rural e fluxos migratórios internos que traduzem a procura de melhores condições de vida, oportunidades de trabalho e de negócios.

Em relação a indicadores sociais, segundo o P.N.U.D. (2015a), Angola encontra-se em 149º lugar, num universo de 188 Países. Entre 2007 e 2012 Angola conseguiu subir um lugar no Índice de Desenvolvimento Humano (I.D.H.), aumentando o nível de desenvolvimento humano de 0.472 para 0.532 pontos. Porém, ainda se encontra entre os países de desenvolvimento humano baixo (P.N.U.D., 2014). No entanto, segundo o United Nations Development Assistance Framework (U.N.D.A.F., 2009) o Governo Angolano tem o objetivo de subir 30 pontos no I.D.H. até 2025, podendo vir a posicionar-se entre os países de desenvolvimento médio.

Após o fim da Guerra Civil em 2002, Angola tornou-se o centro das atenções devido ao rápido crescimento económico, fruto das elevadas receitas geradas sobretudo pela produção do petróleo, mas também pela extração de diamantes e produção de gás natural. Entre 2001 e 2010, a economia que mais cresceu a nível mundial, foi a angolana com uma

expansão anual do Produto Interno Bruto (P.I.B.) de 11,1% (P.N.U.D., 2013). Segundo o Relatório Perspetivas Económicas em África (AFDB, OECD, UNDP, UNECA, 2012), em 2011, o valor do P.I.B. foi de 3,5% e, em 2012, de 8,2%, verificando-se um crescimento tal como havia sido previsto pelo Fundo Monetário Internacional (F.M.I.) nesse ano. Para 2014 esperava-se que o crescimento atingisse os 7,9% e os 8,8% em 2015 (Muzima e Mazivila, 2014). Apesar dos indicadores económicos revelarem crescimento, os indicadores sociais não têm acompanhado esse ritmo. O país conserva inúmeras e graves fragilidades no que concerne às condições e acesso da população à saúde e educação, permanecendo no grupo dos países menos desenvolvidos, como afirmámos anteriormente.

Tais aspetos devem-se, em parte, ao extenso período de ocupação colonial, à longa guerra pela independência e à Guerra Civil para se firmar como país de pleno direito. Os impactes destes fatos causaram grandes distorções sociais e diversas dificuldades que fragilizam o cumprimento dos princípios de desenvolvimento sustentável. A população angolana é maioritariamente jovem, uma vez que aproximadamente 46% da população tem menos de 15 anos (Banco Internacional de Crédito, 2014). Este indicador aponta para a necessidade de se investir em escolas, em formação e conseqüentemente na criação de emprego, pois desde 2007 que o desemprego permanece elevado, com um valor médio de 26% (P.E.A., 2012; Muzima e Mazivila, 2014).

A presente investigação pretendeu analisar as relações entre saúde, sofrimento e trabalho dos professores universitários da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) em Luanda, tendo sido delineados os seguintes objetivos:

- analisar o impacte das condições de trabalho e da organização do trabalho sobre a saúde dos professores que trabalham na Universidade Óscar Ribas;
- identificar os sintomas biopsicossociais relacionados com o trabalho, em contexto de docência universitária;
- analisar as experiências de prazer e sofrimento de um grupo de professores universitários que trabalham na Universidade Óscar Ribas;
- identificar as estratégias que os professores universitários da U.O.R. utilizam para enfrentar o sofrimento no local de trabalho;
- propor um modelo de intervenção, com base no modelo concetual exposto, para promoção da saúde no trabalho.

Procedimentos metodológicos adotados e fontes utilizadas

A metodologia serve para orientar a compreensão de todos os elementos que se pretende investigar e analisar. Assim, a metodologia selecionada para esta investigação assentou em duas vertentes: uma de cariz teórico e outra de caráter empírico. A vertente teórica baseou-se na pesquisa, consulta bibliográfica, análise documental e revisão da literatura, o que nos permitiu fazer um enquadramento teórico prévio da problemática em questão, tendo em conta especialistas nas temáticas da saúde, do trabalho e do sofrimento em contexto laboral.

Na vertente empírica procedeu-se à caracterização do território, nos diversos domínios, desde o histórico, passando pelo geográfico, demográfico, até ao socioeconómico. Caracterizou-se a rede geral de ensino e de ensino superior em Luanda, bem como o trabalho dos professores da Universidade Óscar Ribas.

Empregou-se simultaneamente a abordagem qualitativa e quantitativa, pelo que se trata de um estudo misto que resulta da integração de diferentes métodos e técnicas para coleta e análise de dados. Lessard-Hérbert *et al.* (1994) referem ser comum a combinação das duas perspetivas.

A abordagem quantitativa visou a aplicação do inquérito por questionário, nomeadamente, um questionário de dados sociodemográficos com o objetivo de caracterizar a amostra e duas escalas validadas: Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.), que permite a compreensão das vivências de prazer e sofrimento no trabalho e a Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.), que facilita a caracterização de sintomas físicos e psicossociais relacionados com o trabalho.

Na abordagem qualitativa, recorreremos à técnica de entrevista, que é o instrumento de referência da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours, por privilegiar as narrativas dos trabalhadores, a qual revela aspetos visíveis e invisíveis do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e ainda as mediações ao processo de saúde-adoecimento (A. Mendes, 2007b). Deste modo aprofundamos a relação subjetiva que os professores universitários estabelecem com o seu trabalho.

A abordagem qualitativa teve ainda como objetivo caracterizar o contexto de trabalho (condições de trabalho, organização do trabalho e ambiente de trabalho) e a identificação das estratégias que os professores universitários que trabalham na Universidade Óscar Ribas utilizam para mediar as experiências de sofrimento geradas pelo trabalho que

realizam. Estes dados permitem complementar os resultados obtidos através da coleta quantitativa de dados.

Tanto o inquérito por questionário como o inquérito por entrevista são considerados fontes primárias de investigação. Procedeu-se ao processamento e análise de dados relativos à fase quantitativa recorrendo ao Programa Excel, versão para o Windows 7 Home Premiun, ao S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.0 e efetuou-se uma análise temática ou de conteúdo para o tratamento dos dados coletados nas entrevistas que correspondeu à vertente qualitativa da investigação. As fontes secundárias utilizadas, correspondem, maioritariamente, a inúmeras publicações usadas para caracterizar o território e o cenário do ensino em Angola e em Luanda.

Trata-se da primeira vez que se faz um estudo deste tipo em Angola. Esta informação é confirmada pela pesquisa bibliográfica que realizámos e pelo Professor Doutor Eugénio Alves da Silva, que exerce funções administrativas no Centro de Documentação e Informação do Ministério de Ensino Superior em Angola (contato pessoal a 18 de abril de 2016).

Estrutura da tese

A presente tese está estruturada em duas partes correspondendo a um total de sete capítulos que, embora interdependentes, tratam temáticas diferenciadas. A primeira parte é consignada à abordagem das principais correntes teóricas que sustentam esta investigação, e ainda se realiza uma breve caracterização do território envolvente. A segunda parte é dedicada à componente mais empírica da investigação realizada.

A primeira parte subdivide-se em quatro capítulos, sendo intitulada de “Considerações teóricas sobre saúde, trabalho e sofrimento, e caracterização do contexto existente em Luanda”. Reflete-se sobre a evolução do conceito de saúde e sobre a progressiva descentralização do enfoque da doença para a saúde. Optou-se ainda por salientar o modelo salutogénico de Antonovsky e a psicodinâmica do trabalho de Dejours, que não foram até ao momento utilizados na ciência geográfica e que podem servir de complemento às abordagens que têm sido desenvolvidas.

No primeiro capítulo, intitulado “Enquadramento Teórico sobre Saúde, Trabalho e Sofrimento”, foi privilegiada a reflexão sobre os conceitos fundamentais que alicerçam a componente teórica desta tese. O capítulo inicia-se com a noção do conceito de saúde e a sua evolução histórico-cronológica. Segue-se a reflexão sobre os conceitos de educação para a saúde e de promoção da saúde, no âmbito da qual se salienta o modelo salutogénico,

cujo enfoque é dado à saúde e à sua promoção distanciando-se assim do modelo biomédico que se centra no paradigma patogénico (prevenção da doença). Neste sentido, são analisados e explanados os determinantes sociais de saúde e diferentes modelos que os perspetivam, assim como a importância do *empoderamento* para que cada vez mais cada indivíduo seja o ator (protagonista), e não espetador (observador), da sua vida, fazendo escolhas informadas que contribuem de forma sã para estilos de vida saudáveis.

O segundo capítulo, denominado “Abordagem teórica sobre os conceitos de trabalho e sofrimento” inicia-se com uma abordagem aos conceitos de saúde ocupacional e de trabalho, o qual pode constituir fonte de prazer ou de sofrimento. É a Psicodinâmica do Trabalho que analisa esta relação dicotómica do trabalhador com o seu trabalho, contributos e referências que são compaginados pela Geografia do Trabalho. Este capítulo finda com a análise do conceito de sofrimento à luz de diferentes perspetivas, das quais salientamos o conceito de sofrimento de Cassell (1999, 2004) e o modelo de auto-organização.

O terceiro capítulo, intitulado “Caraterização do território angolano: enfoque sobre Luanda” é dedicado à descrição e estudo do território onde decorreu a investigação. Inicia-se com uma breve caraterização da história de Angola e posterior caraterização geográfica, sociodemográfica e económica, particularizando sobre aspetos como as condições de vida e outros indicadores sociais como a saúde e o perfil epidemiológico da população angolana. Este capítulo é finalizado com um enfoque ao posicionamento de Luanda, que se assume como um vasto aglomerado populacional com caraterísticas muito próprias e condições de vida particulares no cenário nacional e internacional.

No quarto capítulo, designado “Caraterização da rede geral de ensino em Angola: um olhar sobre o ensino superior”, é descrita a rede de ensino existente em Angola (e em Luanda), são mencionadas as duas reformas educativas (em 1978 e em 2001) e é abordado o ensino superior e a sua oferta formativa ao nível do território, a qual se subdivide em VI Regiões Académicas. Este capítulo encerra com uma reflexão sobre a saúde e o sofrimento no trabalho dos professores universitários em Luanda.

A segunda parte, intitula-se “Pressupostos metodológicos e apresentação dos resultados sobre a avaliação da saúde, do trabalho e do sofrimento dos docentes da Universidade Óscar Ribas”, é composta por três capítulos dedicados à componente mais empírica desta investigação. Esta parte inicia-se com o quinto capítulo, denominado “Pressupostos metodológicos”, que se centra na metodologia, nas técnicas utilizadas, na descrição dos instrumentos e nos procedimentos para a coleta de dados e procede-se ainda

à caracterização da população em estudo. A respeito da metodologia salienta-se a realização de um pré-teste, que teve como intuito o ensaio dos instrumentos usados a um pequeno grupo de sujeitos com as mesmas características.

Segue-se o sexto capítulo, denominado “Apresentação, análise e discussão dos resultados sobre a saúde, o sofrimento e o trabalho docente na Universidade Óscar Ribas”. Este capítulo divide-se em quatro partes fundamentais: a caracterização da amostra, a apresentação e análise dos resultados qualitativos, através de uma análise de conteúdo, a apresentação e análise dos resultados quantitativos, através do programa S.P.S.S., e por fim, encerrando o capítulo, a análise bivariada e a discussão dos resultados qualitativos e quantitativos à luz de outras investigações realizadas sobre a temática em estudo.

O sétimo e último capítulo, intitulado “ Considerações finais” é reservado para as principais conclusões que esta investigação permite colher e é ainda realizada uma proposta de intervenção com o objetivo de promover a saúde no local de trabalho, a ser implementado na Universidade Óscar Ribas. Este capítulo finda com uma reflexão sobre as limitações inerentes a esta investigação, uma vez que nenhuma produção científica é um fim em si mesma, mas um caminho percorrido que indica novas possibilidades. São tecidas algumas sugestões e recomendações para futuras investigações sobre a temática analisada.

Espera-se que esta investigação contribua para a identificação de sintomas biopsicossociais e sentimentos de sofrimento relacionados com o trabalho, em contexto de docência universitária e para a análise de experiências de sofrimento dos professores. Poderá ainda servir para a criação de um espaço de partilha e de diálogo e ainda para a implementação de estratégias, individuais e coletivas, que melhorem ou auxiliem os professores universitários na sua forma de mediação e aprendizagem face ao sofrimento.

Atendendo a que se trata da primeira vez que este tipo de investigação é realizada em professores universitários que lecionam em Luanda, está prevista a divulgação da presente investigação à comunidade científica angolana, se possível, com apresentação pública da mesma na Universidade Óscar Ribas. Também será equacionada a sua divulgação junto do Ministério da Educação Angolano e posterior publicação da tese *online*, para que fique acessível a todos os interessados.

PARTE I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE SAÚDE, TRABALHO E SOFRIMENTO E BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO EXISTENTE EM LUANDA

A pesquisa realizada propôs-se investigar as relações existentes entre saúde e trabalho nos professores da Universidade Óscar Ribas, em Luanda. Para a concretização desta pesquisa/investigação, alicerçamos esta tese sobretudo em dois referenciais teóricos que ainda não foram explorados no seio da ciência geográfica: a psicodinâmica do trabalho de Christophe Dejours e o modelo salutogénico de Aaron Antonovsky.

Na abordagem dejouriana, o trabalho tanto pode ser sinónimo de prazer, como de sofrimento. O prazer advém da liberdade e autonomia que o trabalhador tem para realizar os seus desejos e vontades no trabalho. Isto acontece se a organização do trabalho for flexível e permitir a criatividade e os processos de subjetivação de cada trabalhador. Caso contrário, vendo-se impedido de se realizar através do trabalho, numa organização rígida, o trabalhador busca criativamente (re)significar o trabalho usando mecanismos de defesa e estratégias compensatórias face ao sofrimento gerado pela pressão do trabalho. Vemos assim, que o sofrimento não é condição necessária do adoecimento, podendo este ser transformado ou metamorfoseado (Areosa, 2013) em prazer através: 1) da sublimação (estratégia ou mecanismo de defesa); 2) do reconhecimento que advém dos pares (coletivo de trabalho) e das chefias; 3) da mobilização da inteligência ou criatividade, que possibilitam integrar as pressões do trabalho de forma compreensiva, fazendo aumentar a resistência do trabalhador ao risco de adoecimento, à desestabilização física e descompensação mental. Estas três formas de subverter os efeitos nocivos da organização do trabalho, permitem (re)significar o sofrimento e são mobilização subjetiva (A. Mendes, 2013).

À luz do modelo salutogénico (Antonovsky, 1987, 1991), o trabalhador que supera as pressões do trabalho, utiliza eficazmente os Recursos Gerais de Resistência (G.R.R.). Consequentemente fortalece o seu Sentido Interno de Coerência (S.O.C.) e a sua identidade. E, ainda, aumenta a sua maturidade enquanto pessoa e trabalhador, pois evoluiu, aprendeu ou complexificou-se (nas palavras de Maturana e Varela, 1992, de acordo com a teoria da autopoiesis).

Acreditamos que os contributos destas abordagens podem ser benéficos se aplicados ao contexto educativo, nomeadamente às instituições de ensino superior e podem ser um contributo para alargar os horizontes da ciência geográfica, que, cada vez mais, se alia, nas suas abordagens, à Psicologia e à Sociologia. Na atualidade, a maioria das pessoas e na

generalidade das profissões, vive tempos de incerteza no mundo do trabalho. Fruto dos processos, de globalização, evolução tecnológica e das novas formas de gestão das organizações, surgem novas modalidades de contratação, precaridade e subcontratação. Richard Sennet (2006 *apud* Hirata, 2010) refere que as instituições são cada vez mais flexíveis, porém menos estáveis. A maioria dos trabalhadores afetos a determinada empresa, possui vínculos precários à instituição, ou seja, são colaboradores, em regime de contratação temporária, ou encontram-se a tempo parcial. Poucos são os que usufruem de vínculo de efetividade. Esta realidade mina de forma destrutiva o relacionamento interpessoal, impulsiona o isolamento social, o enfraquecimento de laços afetivos, a perda de cooperação e a solidariedade entre pares. O ambiente de trabalho torna-se hostil e os trabalhadores relacionam-se com desconfiança e medo, pois *os sucessos de um colega tornam-se uma ameaça para o outro (...) cada um encontra-se só no meio da multidão, num ambiente humano e social repleto de hostilidade* (Areosa, 2013, p. 39). O preço a pagar penhora a saúde mental e, por vezes, a própria vida do trabalhador, pois a descompensação mental pode conduzir a acidentes de trabalho e até despoletar o suicídio no trabalho (Almeida *et al.*, 2013).

Nesta primeira parte é analisada a noção e a evolução do conceito de saúde, desde as várias conferências realizadas, o contributo do modelo salutogénico e a perspetiva de várias ciências, tais como, a Geografia, e a importância do contexto, até às formulações de saúde, trabalho e sofrimento sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. Este modelo teórico considera o trabalho mediador da saúde dos trabalhadores, podendo potenciar o sofrimento (em situações nas quais o trabalhador se vê sem autonomia e liberdade para realizar as suas funções, fazendo emergir sentimentos de injustiça, falta de poder de decisão e falta de reconhecimento) ou o prazer (quando a organização do trabalho é suficiente mente flexível e autonomizadora). Esta característica do trabalho, é salutogénica, ou seja, permite manter ou produzir saúde, sentimentos de satisfação, realização pessoal, acrescento à identidade (social) dos trabalhadores.

Deste modo, propomo-nos analisar, as vivências de prazer e sofrimento dos professores da Universidade Óscar Ribas. Para compreendermos o ambiente histórico e sociocultural em que tais acontecimentos ocorrem, faremos uma breve caracterização do contexto socioeconómico em Angola, referindo o posicionamento de Luanda e da rede de Ensino existente, particularizando e descrevendo as características do ensino superior em Luanda.

Capítulo 1. Do conceito de saúde à importância do território

Neste capítulo serão apresentados e definidos conceitos fundamentais sobre a temática da saúde, desde a sua etimologia e significado, até às diferentes Conferências Internacionais sobre Saúde. Abordamos o surgimento da preocupação com a promoção da saúde e a importância da educação para a saúde, sem ignorar a relevância do *empoderamento* e do modelo salutogénico, para e nas questões da saúde. Por fim, são consideradas as determinantes e desigualdades em saúde, assim como o papel e a importância do território para esta temática.

1.1.Noção de saúde e evolução do conceito

A etimologia da palavra saúde, procede do latim *sanitas*, que se refere à integridade anatómica e funcional dos organismos vivos (Junior, 2004).

Teixeira (1995, p. 182, *apud* Denardin-Budó *et al.*, 2003, p. 44) designa saúde *como valor universal, como parte do ideário universal, elemento constitutivo da humanidade e, portanto, um valor para todas as classes e acima das classes (...) algo a ser obtido por todos os habitantes do planeta.*

Segundo uma perspectiva histórica, percebemos que saúde era primeiramente definida em termos de sobrevivência, passando mais tarde a ser vista como a negação de doença e mais recentemente, em pleno século XX, como algo de positivo que emana do potencial/força interior existente em cada ser humano (Ferreira, 1998).

Lefèvre e Lefèvre (2004, p. 33 e 34) referem que a definição de saúde deve ser triangular, dependendo do ponto de vista, dos indivíduos, do sistema produtivo e dos técnicos ou profissionais de saúde. Para os indivíduos, a saúde é vista sob critérios partilhados socialmente e representa uma *qualidade* do corpo ou mente analisada como bem-estar, ausência de mal-estar ou ausência de doença. Para o sistema produtivo, a saúde afigura-se como um dos *valores* a possuir, em mercadoria ou serviços e cujo usufruto significa gozar/ter o valor consumido. Por último, do ponto de vista técnico ou dos profissionais de saúde, esta representa poder ou autoridade, no sentido do poder proporcionar saúde, prescrever e atestar saúde.

Segundo Ferreira (1998, p. 13) para os profissionais de saúde, o conceito de saúde pode assumir duas perspectivas: uma negativa, se for classificada como *ausência de doença* ou *não se sentir doente* e uma outra positiva, ao fazer referência a um *estado ideal*, ao

ajuste físico e mental, a força interior ou capacidade e ainda à base para potencial pessoal. No entanto, a definição de saúde através da opinião popular, é vaga e abrange o *sentir-se saudável* ou, pelo contrário, o *sentir-se doente*. Muitas vezes, sofrimento e dor são confundidos e os profissionais de saúde tratam-no apenas como algo meramente físico e visível, cingindo-se ao uso de meios auxiliares de diagnóstico e não atendendo ao discurso individual do seu paciente. Dejours (1986, p. 8) enuncia que *a saúde das pessoas é assunto ligado às próprias pessoas*. Chama a atenção que apenas a própria pessoa é capaz de saber se tem saúde ou não, pois é ela quem sofre e reconhece as suas dificuldades para fazer face às solicitações diárias que se lhe impõe.

Num estudo de Denardin-Budó *et al.* (2003, p.47) intitulado *Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours*, os inquiridos referem que *estar com saúde significa estar em condições de trabalhar*, ou seja, a definição de saúde surge vinculada à capacidade para trabalhar e cumprir o dever através da realização de atividades laborais.

O conceito de saúde, não deve ser apenas considerado sob o ponto de vista institucional ou profissional, mas também, como um conceito socialmente definido e dependente das representações (de saúde e doença) sociais do meio cultural envolvente.

Vários autores (*e.g.*, Rodrigues, 1993; Herzlich, 1996; Drulhe, 2002; Moore, 2002; Cartwright e Biddiss, 2003) referem que tanto o conceito de saúde como o de doença estão assentes num contexto histórico (no espaço e no tempo), derivando de questões culturais, geográficas e económicas, ou seja, cada época é marcada por determinadas doenças/epidemias e, por isso, tais conceitos não podem ser considerados apenas de forma particular e biológica por serem também reflexo de contextos socioculturais.

Herzlich (1996) indica que, tanto o conceito de saúde como o de doença constituem representações sociais elaborados psicologicamente de forma complexa, partindo da experiência de cada um, mas impregnados de informação, normas e valores sociais.

Segre e Ferraz (1997, p. 542) colocam a seguinte questão: *saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?* A este respeito, Dejours (1986) admite que a saúde seria, antes de tudo, o compromisso do ser humano com a sua realidade, sendo esta, entendida sob vários aspetos: ambiente material, físico, químico, biológico, realidade emocional e afetiva, das relações, da mente e da psique e ainda da realidade social. Este autor (1986, p. 8 e 11) explica que saúde (...) *para o homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar*

físico, psíquico e social. Este autor refere ainda, que *saúde não vem do exterior (...) saúde ganha-se, conquista-se e defende-se; a saúde não é um estado de estabilidade não é mesmo um estado, é qualquer coisa que se modifica constantemente; a saúde é uma sucessão de compromissos com a realidade, que se renegocia, que se perde e que é preciso ganhar novamente* (1985, p. 21).

Dejours *et al.* (1993, p. 104) definem saúde não como um estado mas como *um objetivo que se remaneja sem cessar, não é algo que se tem ou não se tem, mas que se tenta conquistar e que se defende como a liberdade*.

O que se procura esclarecer é que o conceito de saúde e a sua representação podem ser influenciadas pelo contexto e ambiente sociocultural. Porém, *o assunto saúde é das próprias pessoas, não do Estado ou dos médicos e não provém do exterior* (Dejours, 1986, p. 8 e 11), mas faz antes parte de um conjunto de práticas e comportamentos que o sujeito adota no dia-a-dia e são promotoras de saúde, tais como, a dieta alimentar e a atividade física frequente (Pereira, 2009).

Podemos, assim, verificar que *o conceito de saúde é um conceito dinâmico porque procura um estado de equilíbrio entre o seu corpo e o seu espírito, entre os diferentes estados da sua personalidade e o meio social em que está inserido* (Martins, 2007, p. 57), uma vez que, as representações sociais de saúde são socialmente construídas e partilhadas.

A saúde, como vimos, pode ser caracterizada sob dois aspetos: o negativo, que faz alusão à ausência de doença/anormalidade ou ausência de mal-estar, *stress* ou ansiedade; ou positivo como sendo um estado ideal, de bem-estar físico, mental e social. Esta última definição de saúde aproxima-se da definição dada pela Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) em 1946 e também da preconizada por Parsons em 1972 (*apud* Ferreira, 1998; Aggleton, 2005). Esta definição da O.M.S. continua a ser a mais utilizada a nível internacional e a ser recordada por várias ciências, tais como a Geografia, a Sociologia, a Psicologia e a Saúde Pública, ainda que as mesmas tendam, cada vez mais, a distanciar-se desta definição.

Para Aggleton (2005) e Seedhouse (1986) a definição de saúde tem vários modelos perspectivados pela positiva. O *biomédico*, observa a saúde como um bem que se tem ou possui, podendo ser fornecido (por exemplo, através de um fármaco ou cirurgia, pode ser comprado através de investimentos em cuidados de saúde ou centros de manutenção física) ou se perde (por exemplo, através de um acidente ou doença). O *sociológico* no qual a saúde corresponde a um conjunto de funcionalidades físicas e mentais usadas em prol do

cumprimento de obrigações, normas e expectativas sociais, sendo assim a capacidade ótima para o desempenho de tarefas e trabalho. Esta perspectiva aproxima-se da visão de saúde do sociólogo funcionalista Talcott Parsons (1972, p. 117 *apud* Aggleton, 2005) que afirma que *The state of optimum capacity of an individual for the effective performance of the roles and tasks for which (s)he has been socialized.*, mas também da visão que os marxistas têm de saúde: *como a condição através da qual é possível continuar a trabalhar eficazmente* (Moore, 2002, p. 277 e 278). E por último, a perspectiva *humanista* que defende a saúde como uma capacidade ou força interior, que permite às pessoas superar positivamente dificuldades e problemas de vida. O último modelo, para estes autores, é composto por diversos fatores apelidados de “bases para a realização”, determinantes para que as pessoas atinjam os seus potenciais máximos. Neles estão incluídas as necessidades básicas, como água, alimentação, abrigo, acesso a informação e habilidade para desempenho de tarefas. Esta realização caracteriza-se pela sensação de força, capacidade, alegria e bem-estar consigo próprio e com os outros.

É evidente que o conceito de saúde evoluiu ao longo do tempo, sobretudo no século XX. A O.M.S. definiu em 1946, saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença.

Em 1974, Lalonde (ex-Ministro da Saúde canadiano), propôs que se considerasse, para a avaliação da saúde dos cidadãos, além da dimensão biológica, variáveis de âmbito comunitário, como o ambiente e o sistema de saúde, e a dimensão individual, como os estilos de vida (Glouberman e Millar, 2003; Nogueira e Remoaldo, 2010; C. Oliveira, 2013a). Esta preocupação com a saúde comunitária prende-se com o risco inerente ao modelo de desenvolvimento industrial e tecnológico e orienta-se para o controlo das condições ambientais e dos estilos de vida em particular (Silva, 2008).

A partir da declaração de Lalonde em 1974, bem como da aprovação da Carta de Ottawa em 1986, no Canadá, cresceu a preocupação com os determinantes de saúde e o interesse na sua promoção. As pesquisas sobre as desigualdades em saúde começaram a ser investigadas pelo *Canadian Institute for Advanced Research* ao longo dos anos 80, sublinhando a importância dos fatores socioeconómicos e do apoio ou suporte político-social sobre o desenvolvimento e saúde infantil. O Canadá encontrava-se entre os países líderes em promoção de saúde. Também o Reino Unido e a Suécia desenvolveram estratégias/planos de ação sobre as temáticas da gravidez na adolescência, desemprego, acesso aos serviços de saúde, condições habitacionais, educação/ensino e criminalidade. Estas estratégias ou planos de ação têm como objetivo a redução das desigualdades em

saúde, promovê-la nas comunidades e entre os sujeitos mais desfavorecidos, mas sobretudo chamar a atenção para que os governantes e formuladores de leis possam agir coletivamente sobre estes assuntos (Glouberman e Millar, 2003).

Porém, foi preciso esperar pela Conferência Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde, promovida pela O.M.S. em 1978, em Alma-Ata, sob a égide *Saúde para todos no ano 2000*, para que uma nova perspectiva ideológica se afirmasse. Nela, a saúde passou a ser entendida como um estado de *completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença* (O.M.S., 1978, p. 1). Contudo, muitos foram os críticos, das ciências sociais, desta definição por espelhar saúde como um estado, estático e não dinâmico. David Seedhouse oferece uma nova definição reconhecendo as diferenças individuais e a natureza dinâmica de saúde, ou seja, (...) *a person's optimum state of health is equivalent to the state of the set of conditions which fulfil or enable a person to work to fulfil his or her realistic chosen and biological potentials. Some of these conditions are of the highest importance for all people. Others are variable dependent upon individual abilities and circumstances* (1986, p. 61).

Na VIIIª Conferência Nacional da Saúde (C.N.S.) de 1986, realizada em Brasília, apresentou-se um conceito de saúde alargado (de base socioeconômica), relacionando saúde e sociedade. Deste modo, ter saúde implica a satisfação de certas condições, tais como: alimentação, moradia ou abrigo, educação, emprego, transporte e lazer (Ministério da Saúde, 1986). A Agência de Saúde Pública do Canadá (P.H.A.C., 2001) refere que esta definição confunde saúde com os seus determinantes, preferindo reconhecer saúde como sendo uma capacidade e não um estado. Enquanto capacidade, a saúde, predispõe o sujeito para a persecução de objetivos, a aquisição de competências, de educação e de desenvolvimento pessoal. O que queremos aqui expor é que, ter saúde não vem de fora nem depende apenas do contexto envolvente, mas é também a capacidade de cada um para fazer escolhas e ter comportamentos saudáveis na sua interação com o lugar em que vive.

O conceito de saúde da O.M.S. de 1946, *saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença*, é largamente contestado por vários autores, que o consideram ultrapassado (por ainda considerar a descontinuidade entre as dimensões social, mental e física) e utópico, por fazer menção a um estado que é indefinível e inatingível. Esses autores avançam que o bem-estar completo não existe, nem pode ser mantido de forma contínua ao longo da vida, porque não é algo estável, que se atinge, mas apenas provisório (Dejours, 1986, 2005; Seedhouse 1986; Dejours *et al.*, 1993; Segre e Ferraz, 1997; Junior, 2004; Aggleton, 2005; Nogueira e Remoaldo, 2010). Na nossa

perspetiva o bem-estar de cada um é autorreferenciado (subjetivo), acontece em cada um, dentro e fora dele mesmo, carregado de afeto, emoção e vivências pessoais.

Aggleton (2005) refere que a definição de saúde da O.M.S. de 1946 estabelece elevados níveis a ser atingidos e, por isso, é amplamente criticada de idealista, por fazer menção a estados absolutos do ponto de vista físico, mental e social.

Dejours (1986, p. 8 e 11) critica o conceito da O.M.S., por considerar impossível a definição de bem-estar e por esse mesmo estado (de completo bem-estar) não existir. Este autor refere que para que exista saúde é necessário *liberdade* em três aspetos: a *fisiologia* (livre movimento do corpo), a *psicossomática* (que relaciona as dimensões física e mental, bem como ter liberdade para organizar a própria vida) e a *psicopatologia do trabalho* (também denominada por psicodinâmica do trabalho, que faz a relação entre saúde e trabalho).

No *Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, Adelaide 2010*, da O.N.U., o conceito de saúde é perspectivado de forma positiva, envolvendo não só os recursos sociais e pessoais, como também as capacidades físicas.

Mais recentemente, Paula Santana (2014, p. 22) menciona que o conceito de saúde representa *um modelo complexo em que a qualidade de vida individual e as suas componentes psíquicas e sociais, reflexos dos “estilos de vida”, são cada vez mais relevantes*. Deste modo, a saúde passa a ser perspectivada numa *dimensão sociocultural*, resultando da combinação de fatores pessoais e ambientais, tais como o contexto sociocultural e económico, o meio físico e o biológico.

Da revisão da literatura efetuada, conclui-se que não existe consenso quanto ao conceito de saúde. No entanto, parece ser usual considerá-la como a ausência de doença. Atualmente a saúde representa um conceito perspectivado sob quatro dimensões, como refere Nutbeam (2009): física, social, mental e espiritual. E neste sentido, Bouchard *et al.* (1990, *apud* Nahas, 1997) referem uma tendência de mudança do paradigma biológico para o ecológico, focalizado na multi-determinação da saúde quanto aos seus fatores ambientais, genéticos e estilo de vida. Concordamos com esta afirmação, mas pretendemos ir mais além, pois acreditamos nessa multideterminação enquanto observação holística do ser humano, o qual afeta e é afetado pelo seu contexto, em todas as suas dimensões ou níveis de atuação. Acrescentamos, assim, às quatro dimensões de Nutbeam (2009) a dimensão ou nível comunitário e social. Isto é, observamos o ser humano como uma unidade sistémica, que reflete uma circularidade causal entre níveis que se afetam mutuamente (C. Oliveira, 2000).

Verificamos, contudo, que na evolução do conceito de saúde há uma descentralização da doença para um enfoque na saúde. Tal é sustentado por Christophe Dejours na sua psicodinâmica do trabalho (*Vide 2.4*) e, também, por Aaron Antonovsky com o modelo salutogénico (*Vide 1.3.*). Estes autores propõem um enfoque na normalidade (saúde) e não na patologia (doença). Outra semelhança entre eles é que ambos formulam a mesma questão: *como conseguem as pessoas, face a situações desestruturantes, manter a sua saúde?*

Esta é uma questão que procuraremos responder e clarificar ao longo da presente investigação, centrando a nossa atenção na saúde/sofrimento e trabalho docente.

Após a definição do conceito de saúde, vamos debruçar-nos sobre os conceitos de educação e promoção de saúde.

1.2. Educação para a Saúde e Promoção da Saúde

A educação para a saúde tem vindo a sofrer mudanças ao longo dos tempos, a par do progresso das Ciências da Saúde e da Educação. De um ponto de vista histórico, a educação para a saúde surge no século XIX associada aos sanitaristas, que se preocuparam com as más condições de vida criadas pelo capitalismo industrial, pelo que concentravam a sua atuação numa abordagem informativa e didática (Martins, 2011; C. Oliveira, 2013a).

Nos anos de 1970, a ênfase nas ações sobre o setor da saúde eram ainda de caráter instrutivo. Nesta fase, o setor da educação bancária (Freire, 1970) exerceu um importante contributo para a melhoria da saúde das populações, através de campanhas de saúde materno-infantil, de rastreio, de vacinação e de desenvolvimento da criança. Em meados dos anos de 1980 privilegiou-se a mudança de atitudes e de comportamentos devido à crucial necessidade de se prevenirem doenças, nomeadamente as sexualmente transmitidas (Carvalho, 2002).

Durante o século XX, houve evolução tanto no conceito de educação como no de saúde. No entanto, ainda nos dias de hoje, a educação para a saúde surge frequentemente inserida nas Ciências da Educação, o que conduz à reclamação de alguns profissionais da área da saúde. Esta situação é agravada pela grande abrangência de educadores (formais, não formais e informais) para a saúde. A educação formal ocorre ao nível escolar, (incluindo o universitário) em contexto de sala de aula, e também no sistema nacional de saúde sendo veiculada por professores/docentes e profissionais de saúde enquanto formadores de estagiários e internos, e bem como de enfermeiros face a doentes crónicos,

por exemplo. Neste contexto, também se desenvolve a educação não formal, quando os professores/educadores promovem sessões ou palestras de esclarecimento, divulgação de informação sobre vários temas, como educação sexual, tabagismo e consumo de drogas. Todavia, a educação não formal ocorre noutra tipo de instituições, como centros de saúde ou associações de diferentes tipos (*e.g.*, O.N.G., I.P.P.S.S.). Estas duas formas de educação visam essencialmente a prevenção primária, ou seja a prevenção de doenças. A educação informal é transmitida de modo informal em contextos a que estamos acoplados, isto é, nos quais partilhamos mundos de significação. Tal ocorre no recreio da escola, no balneário do clube desportivo, entre amigos e sobretudo no seio familiar (C. Oliveira, 2004, 2012a e 2013a).

Souza *et al.* (2005, p. 149 a 151) referem que há muitas formas de se educar para a saúde, podendo ser agrupadas em apenas dois modelos: o tradicional e o radical. O tradicional é um modelo preventivo, que se baseia num conceito de saúde negativo, isto é, centrado na sua ausência e visa a prevenção da doença. Procura a mudança do comportamento individual através de estratégias educativas (bancárias, na linguagem de Freire, 1970), pois perspetiva o comportamento como sendo escolha do sujeito e não tem em conta aspetos culturais e sociais. É um modelo behaviorista, centrado no comportamento e na sua mudança individual. O modelo radical enfatiza a autonomia do sujeito e ação coletiva na escolha de opções que emergem de um contexto, ou seja, pretende desenvolver a consciência crítica, a reflexão e o conhecimento que surge na interação com o meio, que visa a promoção de saúde e assenta num conceito positivo desta.

O debate em torno destes conceitos continuou e, em 1972, da *Conferência Internacional de Educação de Adultos*, realizada em Tóquio e promovida pelas Nações Unidas, emerge a *Declaração de Nairobi*. Os Estados signatários, dos quais se inclui Portugal, comprometem-se a considerar a educação permanente (*life long learning*) e comunitária, na educação, nomeadamente no subsistema escolar (U.N.E.S.C.O., 1976). A partir desta Declaração, a educação passou a ser vista como um processo único, que abrange a educação formal, não formal e informal. Uma vez que a educação se substancia num percurso de vida, o que aqui se pretende é esboçar o conceito de educação permanente e comunitária, que é considerada um instrumento de transformação social, gerando em cada um, meios para se desenvolver de forma plena e harmoniosa em todas as dimensões (física, mental, social, emocional, racional, espiritual, profissional) colocando ainda estas capacidades ao serviço da comunidade (Martins, 2011; C. Oliveira, 2013a).

Em 1978, na *Declaração de Alma-Ata*, foi reconhecida pela O.M.S. a educação para a saúde. É sublinhada a importância de criar estratégias para melhorar a qualidade de vida da população, centrando a educação para a saúde na adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Foi declarado que *a promoção e a proteção da saúde das populações é essencial para a sustentação da economia e o desenvolvimento económico, e contribui para uma melhor qualidade de vida e paz mundial*. Considerou-se que *alcançar o mais elevado nível de saúde é o mais importante objetivo à escala mundial, cuja efetivação requer a ação de muitos outros setores sociais e económicos, para além do setor da saúde*, pelo que se atribuiu aos governos *a responsabilidade pela saúde das suas populações, a qual pode apenas ser atingida desde que sejam proporcionadas medidas sociais e de saúde adequadas* (O.M.S., 1978, p. 1). Esta conferência reafirmou que a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, sendo considerado um direito fundamental de todo o ser humano.

Em 1986, na *I Conferência sobre Promoção de Saúde*, realizada em Ottawa (Canadá), foi aprovada a Carta de Ottawa, na qual a O.M.S. (1986, p. 1) contém a expressão “promoção de saúde” encarando-a como *o processo de capacitar as pessoas para melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde*. Tones e Tilford (2001, p. 7) referem que (...) *health promotion has been paralleled by the marginalization of health education. This has not just been due to mere fashion but has been indicative of an underlying dissatisfaction with the aspects of the theory and practice of public health*.

Esta *Carta* baseou-se nos progressos decorrentes da Declaração sobre os Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata (1978) e no documento *As Metas da Saúde para Todos* da O.M.S. (1977), assim como no recente debate sobre ação intersectorial para a saúde, realizado na Assembleia Mundial de Saúde (O.M.S., 1978). Nela se define promoção da saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde é vista como *um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida* (O.M.S., 1986; Nutbeam, 1998, p. 29).

Em consequência deste novo conceito positivo de saúde, a promoção de saúde deixa de ser um encargo exclusivo do setor de saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para que se atinga o bem-estar, isto é, os indivíduos devem assumir a responsabilidade e o controlo dos determinantes de saúde (*Vide 1.5.*) para a promover. No processo de saúde,

estão envolvidos a população, cada indivíduo e o seu contexto. Saúde, no seu sentido positivo, supõe também a articulação entre os diversos fatores socio-ambientais (Sousa *et al.*, 2005, p. 148). Este conceito de saúde está representado, para alguns autores, na metáfora *health in the river of life*, que configura o conceito salutogénisis (Vide 1.3) de promoção de saúde (Eriksson e Lindström, 2008; Lindström e Eriksson, 2011). É reforçada a necessidade de criação de políticas saudáveis, de ambientes saudáveis (espaço físico, no meio laboral) e o *empoderamento* (Vide 1.4.) das comunidades, isto é, o desenvolvimento de competências pessoais e sociais. (...) *Healthy environments are largely determined by healthy public policy and organisational practices* (Nutbeam, 1998, p. 30).

Assim, o principal objetivo da educação para a saúde é (...) *conseguir que aquilo em que as pessoas acreditam, relativamente à saúde, seja congruente com a realidade da saúde e da doença, de forma que as pessoas possam fazer opções com base em informações corretas. Isto não é fácil e não se consegue apenas através de informação* (Tones, 1987, p. 2). Cabe, assim, ao indivíduo o papel de agente reflexivo que avalia a informação sobre o conhecimento existente e nessa avaliação alicerça as suas escolhas (Carvalho, 2002; Silva, 2008). Salientamos aqui que o indivíduo, na sua decisão, não está isento da influência social e contextual das suas vivências pelo que a *educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...), produzindo mudanças no conhecimento e compreensão a nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida* (Tones e Tilford, 1994, p. 1, *apud* Carvalho, 2002, p. 123).

Vemos, deste modo, como é enfatizado o coletivo (populações) e desfoca-se a atenção das pessoas individuais, ou seja, atribui-se aos indivíduos, inseridos em comunidades, a capacidade de conquistarem, ou não, a saúde, dado que a eles cabe a responsabilidade de optar pelo seu estilo de vida/comportamento (Silva, 2008).

Apenas dois anos após a Carta de Ottawa, na Austrália, surge a *Declaração de Adelaide, na II Conferência sobre Promoção de Saúde: políticas saudáveis* (O.M.S., 1988), na qual o enfoque comunitário foi sublinhado, ao centrar-se nas necessidades de grupos minoritários e em grupos especialmente atingidos pelas políticas de países ditos desenvolvidos, procurando encontrar soluções para questões de injustiça social levadas a cabo pelo desenvolvimento tecnológico, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde.

Em 1991, a O.M.S. concretizou-se em Sundsvall (Suécia) a *IIIª Conferência Internacional: ambientes favoráveis à saúde* (O.M.S., 1991). Apelou-se à equidade para a promoção de saúde e à capacitação que a educação para a saúde pode proporcionar nas pessoas e nas comunidades, visando mudanças políticas, económicas e sociais. Neste sentido, concordamos com Whitehead (1990 *apud* Fonseca, 2005, p. 456) ao afirmar que *equidade em saúde é entendida como a superação de desigualdades que, num contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas*, o que requer por parte do Estado ações voltadas para as diferentes necessidades. Trata-se em última análise de justiça social, ou seja, dar às pessoas as mesmas condições e desenvolver ações que minimizem desigualdades de saúde e os seus determinantes. Recentemente, Di Cesare *et al.* (2013) comprovaram, usando vários estudos prévios, que as desigualdades em doenças não transmissíveis são o fator mais importante das desigualdades na mortalidade geral e na esperança de vida.

Na IIIª Conferência, a O.M.S alertou ainda, para a responsabilidade dos governos fazerem cumprir as diretrizes de conferências anteriores, particularmente no respeitante às questões ambientais e às desigualdades socio-territoriais.

Em 1997, na *IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, realizada em Jacarta (Indonésia) foram salientados os resultados obtidos em promoção da saúde desde Ottawa (1986) e redefinidos os fatores que a promoção de saúde deve ter em conta por serem determinantes de saúde (como o envelhecimento das populações, o surgimento de novas doenças e a cronicidade de muitas outras). Nesta conferência foi apontada a dimensão espiritual como uma das dimensões humanas de saúde e evidenciaram-se os seguintes aspetos: a importância do setor privado nos cuidados de saúde; lamentou-se a continuidade de desigualdades e injustiças sociais no acesso à saúde, por questões geográficas; alertou-se para possíveis consequências da globalização de novos valores, e de novos estilos de vida e foi ainda assumido que muitas vezes os projetos comunitários de promoção da saúde são construídos *para* as pessoas e comunidades, não sendo elaborados, e efetivados, *com*, e *por*, as populações (O.M.S., 1997). Salienta-se que nesta conferência, também se voltaram atenções para a capacitação dos indivíduos em lidar com eventos stressantes, particularmente no objetivo nº 12 onde se sobressai que *environments are created that help people to gain a sense of coherence and cope with stressful situations and events* (W.H.O., 1997, p. 29).

Em 2000, a O.M.S. realizou no México a *V Conferência* sob o tema *Promoção da Saúde - rumo a uma maior equidade*. Foi destacado que a promoção de saúde e

desenvolvimento social são deveres e responsabilidades dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade. Nesta conferência, mais uma vez, se realçaram as assimetrias nos acessos aos cuidados de saúde, destacando-se aspetos sociais de promoção de saúde para aperfeiçoamento da vida económica e social das populações mais desfavorecidas, apontando-se a necessidade de estimular parcerias entre diferentes setores de saúde, o surgimento de novas doenças e a influência ambiental sobre os processos de saúde das populações (O.M.S., 2000).

Em 2005, na *VI Conferência* concretizada em Bangueroque sob o tema *Promoção da saúde num mundo globalizado*, observou-se que as preocupações com a globalização são fundamentais, quer nos seus aspetos positivos (comunicação interplanetária), quer nos negativos (vulnerabilidade das crianças, como no caso da pedofilia, e discriminação de populações analfabetas funcionais quanto às novas tecnologias). Apelou-se à participação de toda a sociedade na promoção da saúde, em nome de uma cidadania solidária (O.M.S., 2005).

Em 2008, com a intenção de confirmar a Declaração de Alma-Ata, ocorreu em Burkina Faso, na África do Sul, a *Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde e Sistemas de Saúde em África*. Salientaram-se os resultados favoráveis sobre a eliminação da poliomielite, da dracunculose e a diminuição da incidência da hanseníase, e, também se destacou o progresso que alguns países alcançaram na supressão da varíola e no controlo do sarampo (Nascimento *et al.*, 2010).

Em 2009, realizou-se a *VIIª Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde*, pela primeira vez em África, Nairobi. Neste encontro salientaram-se desafios no setor da saúde, tais como, a pobreza, as epidemias e pandemias, a mortalidade materna e infantil e as alterações climáticas. A O.M.S. (2009c) retomou alguns dos compromissos anteriores, tais como o incentivo à capacitação individual e comunitária, ao envolvimento de todos os setores da sociedade na promoção da saúde e a necessidade de esta ser cada vez mais ligada ao poder político no que respeita ao intervir na modificação das condições socioeconómicas, nas desigualdades sociais e na falta de equidade nos cuidados de saúde e o assumir pelos decisores políticos das suas promessas de desenvolvimento.

Deste modo, *health education is viewed as making a major contribution to health promotion, while not being synonymous with it. Indeed, an admittedly somewhat simplistic formula is used to capture the essence of the synergetic relationship between policy and education. It asserts that Health Promotion = Health Education x Healthy Public Policy* (Tones e Tilford, 2001, p. 13).

Em 2010, ocorreu o *Encontro Internacional da Saúde em Todas as Políticas*, que teve lugar em Adelaide. O Governo Australiano em conjunto com a O.M.S., reafirmaram a necessidade de ações governamentais coordenadas e do envolvimento intersectorial (cidadãos, setores sociais e políticos) para a promoção da saúde e bem-estar, bem como a premência do desenvolvimento social, económico e ambiental. Contudo, no Relatório deste Encontro fez-se menção de que *a promoção da saúde não está relacionada somente às responsabilidades do setor saúde, e vai muito além dos estilos de vida saudáveis, passando pelo bem-estar e por ambientes que incentivem a saúde* (O.M.S., 2010a, p. 3). Esta postura, de enfoque no bem-estar da população, foi recentemente salientada em estudos realizados por cientistas que se têm preocupado com a Geografia da Saúde, tais como, Andrews *et al.* (2014).

Em 2013, a O.M.S. co-organizou com o Ministério da Saúde e Assuntos Sociais da Finlândia (M.S.A.H.) a *VIIIª Conferência Global para a promoção da Saúde*, em Helsínquia, sob o lema *Saúde em Todas as Políticas*. Pretendeu reforçar a importância da intersectorialidade das políticas públicas. Objetivou um alto nível de conhecimento dos cidadãos sobre saúde e a identificação das oportunidades para implementar as recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Teve ainda a intenção de contribuir para a renovação e reforma dos cuidados de saúde primários, e analisar os progressos e resultados da promoção da saúde desde a Conferência de Ottawa (Akerman, 2013, I.N.S.A., 2013).

Em 2015, realizaram-se três grandes eventos internacionais. De 13 a 16 de julho, ocorreu a *IIIª Conferência Internacional sobre Financiamento para o Desenvolvimento Sustentável* (FpD3) em Addis Abeba, na Etiópia. Este encontro não surtiu os efeitos desejados para a definição de mecanismos de redução das desigualdades, nem conseguiu atingir a verba financeira capaz de viabilizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (O.D.S.), pois a cifra rondava os três triliões de dólares e apenas se angariaram 134 milhares de milhão de dólares. Ao fracasso da Agenda de Addis Abeba (A.A.A.) em termos de resolução de problemas estruturais do atual sistema económico global sucedeu-se, em Nova York, e de 25 a 27 de setembro, a *Cúpula do Desenvolvimento Sustentável da O.N.U.*. Este encontro teve como objetivo a definição oficial dos O.D.S. (17 objetivos e 169 metas) que se alicerçam em três domínios fundamentais: crescimento económico, inclusão social e proteção ambiental. De 30 de novembro a 11 de dezembro, aconteceu em Paris a *21ª Conferência do Clima* (Conferência das Partes – COP-21) onde se refletiu sobre as

alterações climáticas¹ e perspetivou-se alcançar um acordo global para a redução da emissão de gases com efeito de estufa, diminuindo o ritmo do aquecimento global e atingindo um limiar de aumento da temperatura global em apenas 2°C até 2100 (Alves, 2015).

Em 2016, ocorreu entre 8 a 11 de março a *47ª Comissão Estatística da O.N.U.*, em Nova Iorque. Este encontro, de diversos especialistas, permitiu o desenvolvimento dos cerca de 300 indicadores globais, regionais e nacionais (a partir dos 17 objetivos e das 169 metas) auxiliando cada governo a traçar políticas para a implementação dos O.D.S. destacados na Agenda 2030 da O.N.U. (P.N.U.D., 2015b).

Ainda em 2016, a O.M.S. destacou o dia Mundial da Saúde (7 de abril) dedicado ao tema da diabetes. Este é um dos quatro alvos prioritários dos líderes mundiais uma vez que: em 2012, ocorreram 1,5 milhões de mortes causadas pela diabetes e 47% destas mortes sucederam em sujeitos com idade inferior a 70 anos. Em 2014 a prevalência global foi estimada em 9% entre a população acima dos 18 anos e mais de 80% das mortes por diabetes ocorreram em países em desenvolvimento (W.H.O., 2016b).

Em Angola, as mulheres entre os 30 e os 69 anos são as mais afetadas, sendo também as que mais padecem com o excesso de peso (33,1%) e a obesidade (11,9%). No entanto, a relação entre a prevalência da diabetes e os fatores de risco, atinge ligeiramente mais os homens (5,8%) do que as mulheres (5,5%). Destaca-se a inexistência de critérios padrão para o encaminhamento de pacientes de cuidados primários para os cuidados secundários, além da inexistência de registos sobre a monitorização/atendimento de indivíduos com esta doença e de um plano operacional ou estratégia política que vise a atenção e o controlo desta doença (W.H.O., 2016c).

A O.M.S. prevê que a diabetes se torne a sétima causa de morte em 2030, pelo que dá especial atenção a esta doença em 2016, reforçando a necessidade de as populações adotarem uma dieta saudável, realizarem atividade física regular, controlarem e/ou manterem o peso corporal normal e evitarem o consumo de tabaco. Estas medidas visam a prevenção e o retardar do aparecimento da doença (W.H.O., 2016b).

Entre 21 e 24 de novembro (2016) o governo Chinês e a W.H.O. organizaram em Shanghai, a 9ª Conferência Global para a Promoção da Saúde, cujo foco foi apelar à boa governança inspirando os governos para a promoção de cidades saudáveis e para a literacia

¹ As consequências dessas alterações climáticas são: secas e escassez de água, cheias e tempestades, temperaturas altas e extremas de calor, poluição ambiental e doméstica, e afetação dos ecossistemas e da biodiversidade. São as crianças e os países em desenvolvimento, os mais vulneráveis, pois carecem de infraestruturas capazes de lhes fazer frente (U.N.I.C.E.F., 2015b; W.H.O., 2016a), tal como acontece em Angola.

para a saúde, enquanto ferramentas fundamentais para a promoção da saúde das populações. Foram ainda observados os objetivos de desenvolvimento sustentável e uma apreciação sobre os próximos 15 anos na promoção da saúde (W.H.O., 2016d).

Neste sentido, não podemos deixar de referir a importância da literacia para a saúde² como um contributo para a redução das desigualdades em saúde. A literacia para a saúde, refere-se a competências cognitivas e sociais que são determinantes para que os sujeitos tenham acesso, possam usar e compreender, a informação disponível por forma a manterem e promoverem uma boa saúde. Apesar de ainda não existir um consenso relativamente ao conceito de literacia para a saúde (Sørensen *et al.*, 2012), podemos admitir que, quanto maiores forem os níveis de literacia, maior é a autonomia e a capacitação individual, pois de um modo geral, sujeitos com dificuldades de leitura, interpretação e escrita, têm menor acesso à informação sobre saúde e também menos competências para atuar sobre a informação recebida (Nutbeam, 2000, 2009; Carvalho, 2002).

O debate em torno dos marcos conceptuais de promoção da saúde e de educação para a saúde, irá progredir acompanhando a evolução, o dinamismo social e as várias ideologias e modelos que sustentam os conceitos de saúde e educação. No entanto, consideramos o modelo salutogénico uma referência na área da saúde e da sua promoção, pelo que nos debruçaremos em seguida sobre este modelo.

1.3.O Modelo Salutogénico

O modelo Salutogénico de Aaron Antonovsky surge, no final dos anos de 1970, como uma posição crítica face à definição de saúde da O.M.S. em 1946, anteriormente recordada. Esta nova visão de saúde afasta-se da definição da O.M.S. (1946) e do paradigma patogénico, por esses se centrarem nos fatores de risco e na prevenção da doença. Esta teoria focaliza a sua atenção em fatores promotores ou criadores (*poiésis*) de saúde, de bem-estar e qualidade de vida - recursos pessoais geradores de saúde ou Recursos Gerais de Resistência (G.R.R.) - e na capacidade para os usar eficazmente, isto é, o S.O.C. (*Sense Of Coerence*) ou sentido interno de coerência (Antonovsky, 1987, 1996; Eriksson e Lindström, 2005, 2008; Lindström e Eriksson, 2010). Salientamos que o novo modelo proposto por Antonovsky não pretende substituir o anterior, mas completá-lo, por o

² Este é um conceito relativamente novo em promoção de saúde, dado ser estudado há, pelo menos, trinta anos, em uma perspetiva em que a educação para a saúde deve melhorar a literacia para a saúde. Inicialmente, este conceito designava a capacidade do paciente para cumprir os regimes terapêuticos prescritos pelo médico, tendo em conta os seus níveis de literacia, ou seja, referia a capacidade para aceder, compreender e interpretar informação. O termo literacia para a saúde era aplicado no âmbito do Modelo Médico de Saúde (Nutbeam, 2000; Porr, *et al.*, 2006).

considerar insuficiente (C. Oliveira, 2006) e para explicar como a saúde se mantém em situações consideradas perturbadoras. Tem significado para várias ciências, como a Geografia, porque também os Geógrafos têm criticado o conceito de saúde da O.M.S. (e.g., Nogueira e Remoaldo, 2010; Remoaldo e Nogueira, 2012) necessitando de uma abordagem mais realista e mais centrada noutras componentes que ajudam a entender o papel da componente territorial em saúde.

Antonovsky (1996) indica duas controvérsias à definição de saúde dada pela O.M.S. em 1946, a qual se centra na prevenção de doenças mais do que na promoção da saúde. Ora, pessoas saudáveis vivem mais tempo, pelo que já não sendo economicamente produtivas e ativas, viverão mais anos na dependência do Estado, o que terá inevitavelmente impactes económicos. Aponta ainda o fato de os agentes promotores de saúde não criarem condições sociais adequadas que motivem comportamentos e estilos de vida saudáveis que sejam promotores da saúde, bem-estar e qualidade de vida das populações.

Em 1972, Antonovsky desenvolveu a sua teoria sobre saúde, denominando-a de salutogénesis. Esta teoria emergiu publicamente em 1979, no seu livro *Stress Coping and Health*, seguido da edição de *Unraveling the Mystery of Health*, em 1987. Estes livros tiveram reconhecimento entre os profissionais da saúde e foram reconhecidos como um relevante contributo para a compreensão da relação entre saúde e doença.

Em 1991, visitou Praga, num congresso sobre *Saúde Mental em Famílias Europeias*, no qual focou as relações entre o sentido interno de coerência (*Sense Of Coerence - S.O.C.*) e saúde. No mesmo ano esteve na Suécia e Finlândia, onde influenciou várias investigações (Antonovsky, 1991).

O modelo salutogénico teve a sua génese numa investigação sobre *stress*, efetuada através de um estudo epidemiológico sobre os efeitos da menopausa em mulheres que vivenciaram momentos de *stress* intenso, como as sobreviventes do Holocausto. Antonovsky observou que apesar das experiências fortemente negativas que essas mulheres haviam vivenciado, elas geriam as suas vidas como quaisquer outras mulheres do grupo de controlo. Eram capazes de amar, cuidar dos filhos, criar laços e relacionamentos válidos e significativos com os outros, lidando normalmente com as suas vidas e responsabilidades, familiares e profissionais, sem apresentarem algum tipo de disfunção. Concluiu, assim, que estas mulheres eram hábeis em lidar eficazmente com recursos internos e externos num sentido de manutenção e promoção da sua saúde, sendo capazes de encontrar sentido e significado para as experiências vividas (Lindström e Eriksson,

2005, 2006, 2010). Deste modo, o autor do modelo salutogénico iniciou a sua investigação sobre esta teoria da saúde, cujos conceitos fundamentais são o S.O.C. (*Sense Of Coerence*), o Sentido de Coerência Interna e os G.R.R. (*General Resistance Resources*) – Recursos Gerais de Resistência.

Dada a importância do conceito de S.O.C. em matéria de saúde, em 1997 foi referenciado nos documentos da O.M.S. no âmbito da promoção de saúde: *A sense of coherence, where life is experienced as comprehensible, manageable and meaningful, is a great health resource for all people. Health is created if people are confident that life makes sense emotionally, and that they have adequate resources (mental, physical, emotional, social and material) to meet whatever demands are placed on them. As outlined above, this sense of coherence must be built up from infancy and childhood through a range of family, kindergarten and health care experiences. Policies that have an immediate effect on young people, as well as on the settings in which they learn, work, live or spend leisure time, should be oriented towards strengthening this sense of coherence* (W.H.O., 1997, p. 28 e 29).

O Sentido de Coerência Interna (S.O.C.) reflete a forma como a pessoa pensa, vê a vida e a sua capacidade para responder ou reagir a eventos estressantes. Permite uma visão global que orienta e estrutura a vida de forma coerente, levando as pessoas a identificar, beneficiar e (re)utilizar os recursos pessoais e contextuais à sua disposição, ou por ela criados. O S.O.C. é constituído por três dimensões: *comprehensibility* (compreensibilidade), uma componente cognitiva que permite ordenar/organizar a informação/estímulos para que mais tarde possam ser preditivos; *manageability* (capacidade de gerir, ou gerenciamento), uma componente de caráter instrumental/comportamental que permite usar adequadamente os recursos internos e externos disponíveis em face das situações; e *meaningfulness* (significação/sentido), uma componente motivacional que permite construir/encontrar/dar sentido emocional às vivências, fazendo com que o investimento pessoal faça sentido (Antonovsky, 1987, p. 16, 1996, p. 15; Lindström e Eriksson, 2005, p. 44, Lindström e Eriksson, 2006, p. 241). Nas próprias palavras de Antonovsky (1987, p. 19) o S.O.C. é (...) *a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable, and explicable; (2) the resources are available to one to meet the demands posed by these stimuli; and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement.*

Esta capacidade de integrar e dar sentido às vivências pessoais é vista, no modelo Cognitivo Pós-Racionalista de Vittorio Guidano (1987 e 1991), como forma pela qual cada indivíduo atribui sentido e coerência pessoal às suas vivências, sendo denominada pela Organização de Significado Pessoal (O.S.P.). Guidano na sua *teoria* da personalidade destaca quatro O.S.P. (dápica, fóbica, obsessiva e depressiva) que correspondem a formas pessoais de organização de significado pessoal, sob o qual o sujeito constrói, dá sentido e significado às suas vivências (Pena, 2008). Cada O.S.P. é formada através do vínculo afetivo-emocional, ou seja, depende da qualidade das relações vinculares na infância e portanto, está intimamente ligado à experiência intersubjetiva (Ruiz, 2002).

Cada sujeito possui uma O.S.P. e cada O.S.P. permite observar e dar um sentido ou cunhagem própria às suas vivências, tornando-as coerentes e em continuidade com o ambiente contextual em que se insere. Isto é, o sujeito é capaz de integrar coerentemente o que é individual e o que é coletivo, com as suas próprias estruturas psicológicas e emocionais. Consegue integrar, assimilar ou aprender e evoluir com os resultados das suas vivências. O ser humano é capaz de desenvolver uma orientação salutogénica em direção à saúde (ao equilíbrio e bem-estar) na sua vida, construindo um S.O.C. forte e consistente. O S.O.C. desenvolve-se na co-interação contínua sujeito-meio desde o nascimento e é um processo ao longo da vida, que por volta dos 30 anos estará estabilizado e na velhice sólido (Lindström e Eriksson, 2006, 2010).

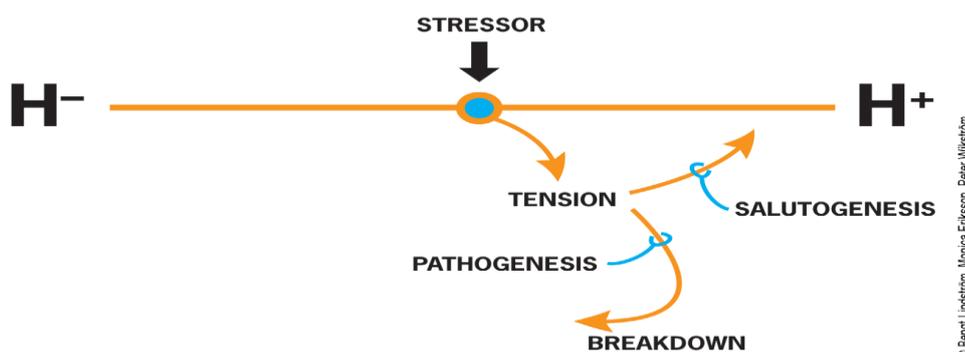
Outro conceito fundamental neste modelo é o de *General Resistance Resources* (G.R.R.) ou Recursos Gerais de Resistência, que correspondem, entre outros, a fatores de ordem biológica, material e psicológica, que permitem aos indivíduos compreenderem as suas vidas como consistentes e estruturadas. São exemplos de G.R.R., o conhecimento, a inteligência, a experiência, a autoestima, o comportamento saudável (estilo de vida), o dinheiro, o compromisso, o apoio social, o envolvimento cultural, as tradições e a forma de ver a vida. Um sujeito que disponha destes recursos estará melhor habilitado para enfrentar os desafios da vida, pois eles permitem dar sentido/significado a esses acontecimentos. O fator fundamental que reside nestes recursos, consiste na capacidade ou habilidade para os usar eficazmente, o que caracteriza o S.O.C. – capacidade para interpretar e gerir qualquer situação, mantendo a saúde, independentemente das circunstâncias de vida (Antonovsky, 1987; Lindström e Eriksson, 2006).

Cada sujeito desenvolve o seu S.O.C. sobretudo até ao final da idade madura. Através da experiência e vivências constrói, em princípio, um sentido interno de coerência sobre a própria vida (ontogenia) e quanto mais forte ou estruturado é o S.O.C., mais Recursos

Gerais de Resistência (G.R.R.) possui e sabe habilmente utilizá-los a seu favor permitindo a manutenção (e até a produção) da sua saúde, resistindo ao desequilíbrio de qualquer tipo, ainda que esse processo possa levar algum tempo. Os G.R.R. atuam em todas as situações em que o bem-estar do sujeito seja colocado em causa, por isso são denominados de “gerais” (C. Oliveira, 2006 e 2012a).

Antonovsky (1991) conceitualiza a salutogênese como uma orientação ou caminho contínuo em direção à saúde (como representa a Figura 2) ou seja, saúde e doença são definidas segundo funcionalidade e sobrevivência, e não devem, portanto, ser vistas como fazendo parte de uma dicotomia de polos demarcados, mas simplesmente como um caminho com duas extremidades: uma disfuncional que representaria a doença e outra funcional, representando a saúde (Nunes, 2000).

Figura 2 - Representação de Antonovsky sobre o movimento em direção à saúde



Fonte: Lindström (2012, p. 9).

Enquanto o modelo salutogénico concebe saúde e doença como fazendo parte do ciclo/história de vida (sendo conceitos que representam o funcionamento do indivíduo e da sua sobrevivência, procurando manter o bem-estar), o paradigma patogénico baseia-se no modelo biomédico de saúde, perspetivando saúde como uma categoria residual (derivada da doença, como sua ausência), pelo que se preocupa com a prevenção e procura de fatores que conduzem à doença, centrando atenção nos riscos e na recuperação do bem-estar (C. Oliveira, 2012a).

Neste sentido, quanto mais forte for o S.O.C., mais capacidade terá o sujeito para se manter saudável face a circunstâncias perturbadoras. O modelo salutogénico funda-se no modelo entrópico, pois saúde resulta da gestão e habilidade do sujeito em usar os seus recursos pessoais (internos e externos) bem como contextuais disponíveis a seu favor e isto é, neguentropia (Antonovsky, 1987, 1991, 1996; C. Oliveira, 2004, 2006). Este conceito

representa a capacidade que os seres vivos têm de transformar a desordem (entropia) em ordem, ruído em significado, situações problemáticas em situações de crescimento e desenvolvimento pessoal (resistência pela aprendizagem). Designa também uma capacidade autopoietica, que representa a habilidade do ser humano em se (auto)organizar (produzir saúde) e assim evoluir a um nível de complexidade crescente.

Ora o que pretendemos aqui enunciar é a coerência/congruência entre o modelo de Antonovsky e a *Teoria da Complexificação pelo Ruído* de Henri Atlan (1979), que teve como ponto de partida os trabalhos de von Foerster e Ashby sobre o princípio cibernético *order from noise* (ordem a partir do caos/ruído). Para von Foerster (1960 e 1996), é o próprio sistema (sujeito) que define, segundo os seus próprios critérios, o que para ele será ordem ou desordem. É pois impossível explicar a aprendizagem e desenvolvimento de um dado sistema/organismo por uma ordem vinda do exterior e cuja definição/interpretação não dependa dele. Quer isto dizer, que a experiência e significação são vivenciadas na primeira pessoa. Assim, é o próprio sistema que transforma essa informação em conhecimento e aprendizagem, segundo os seus próprios critérios de significação (Pena, 2016) tal como acontece com o S.O.C..

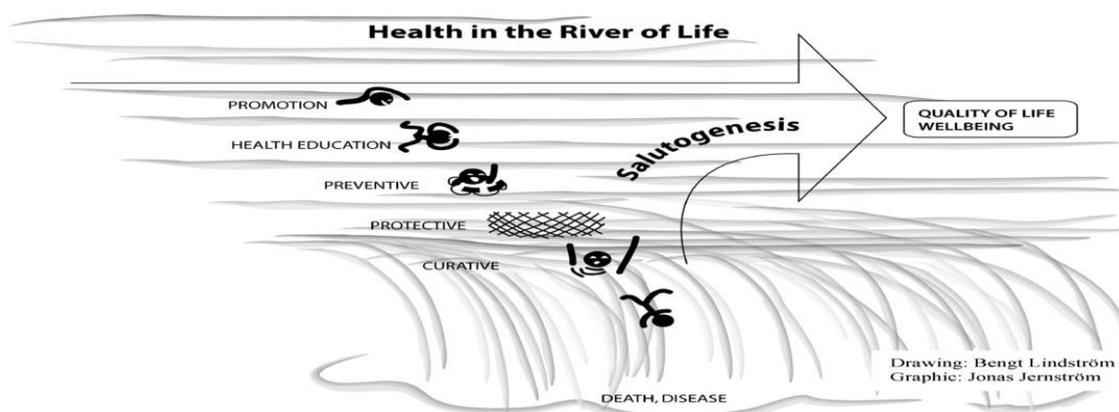
As teorias e conceitos anunciados inscrevem-se no Movimento de Auto-Organização, do qual emerge a Teoria da Autopoiesis de Humberto Maturana e Francisco Varela (2002). Esta teoria esclarece sobre a autonomia que caracteriza o ser vivo (sistema autopoietico) e a organização (padrão) que constitui a sua identidade. Esta identidade corresponde a um processo circular ou rede metabólica de autoprodução que evolui através de variações estruturais mediante interações com outros iguais a si (denominadas de acoplamentos estruturais³), mantendo a sua unidade, conservando a sua identidade (Maturana e Varela, 2002). É a este processo de conservação de identidade que Antonovsky se refere, no nosso entender, ao abordar a conservação/manutenção da saúde mediante o uso de recursos gerais de resistência (G.R.R.). Estes últimos, permitem a construção de sentido e atribuição de significado às vivências e experiências que constituem o S.O.C., que ao longo da história/ontogenia do sujeito se fortalece/complexifica. De acordo com

³ Acoplamento estrutural corresponde à interação entre sistemas autopoieticos, mantendo a sua identidade. Esclarecemos que para a autopoiesis os seres vivos são sistemas autopoieticos, isto é, com capacidade de autoproduzir espontaneamente componentes e processos que necessitam para viver/sobreviver e enfrentar as perturbações do meio em que vivem. São, portanto, autônomos e fechados (clausura operacional) uma vez que as transformações que podem sofrer ao compensar as perturbações decorrentes das interações (acoplamentos estruturais) com o meio e outros sistemas, são determinadas pela sua organização e subordinadas à conservação da sua identidade, expressando uma história evolutiva (Pena, 2017). Ao compensar perturbações o sistema complexifica-se, evolui, daí que o sofrimento (perturbações) possa traduzir-se em aprendizagem, em complexificação. A não compensação das perturbações do meio traduzem adoecimento do sistema.

ambas teorias, o sujeito pode não ser bem-sucedido face à perturbação/ruído/situação de vida e adoecer ou até morrer.

O adoecimento e a morte são representados por Antonovsky (1987) no *Health In The River Of Life* (Figura 3). Do seu ponto de vista, não é suficiente promover a saúde evitando o *stress* (pois tal nem sempre é possível) ou construindo pontes para que as pessoas evitem o rio. Ao invés, as pessoas devem ser equipadas com as competências necessárias para nadarem e não se afogarem nesse rio. A Figura 3 ilustra as características da medicina (cura e tratamento) e da saúde pública/promoção de saúde (prevenção e promoção) espelhando a perspectiva destas para a saúde das populações (Eriksson e Lindström, 2008), centrados no risco e na doença (modelo biomédico/paradigma patogénico), enquanto a promoção de saúde em que assenta o modelo salutogénico releva o papel dos recursos pessoais para a manutenção da saúde e vida, bem-estar e qualidade de vida.

Figura 3 *Health In The River Of Life*



Fonte: Eriksson e Lindström (2008, p. 195).

Este rio é cheio de riscos mas também de recursos. O enfoque do modelo salutogénico não é na queda na cascata, mas em direção à promoção e manutenção da saúde, bem-estar e qualidade de vida (sabendo nadar contra a corrente da cascata, neste caso, em direção às margens). Um dos seus objetivos em matéria de promoção de saúde é facilitar/promover/proporcionar os requisitos necessários para a boa saúde (aprender a nadar, em vez de usar uma boia, quando não sabe nadar). Os sujeitos devem ser capazes de identificar e usar esses requisitos ou recursos pessoais e também contextuais disponíveis para “nadar” e enfrentar as situações que colocam a sua saúde e bem-estar em perigo (Eriksson e Lindström, 2008, 2010), procurando manter o bem-estar.

Antonovsky não viveu o suficiente para expandir as suas pesquisas e desenvolver o modelo expresso na Figura 3. No entanto, esta investigação foi ambiciosamente levada a cargo pelo *Health Promotion Research Programme at the Folkhälsan Research Centre*⁴, em Helsínquia (Finlândia), em 2005.

Como acabamos de ver, na Figura 3, a direção do rio faz-se no sentido da vida, enquanto o risco e a doença são forças disruptivas que se encontram ao longo da vida, sendo a manutenção da vida a direção a seguir. Antonovsky abordou explicitamente os recursos (internos e externos) para a vida e construiu inclusive um questionário de orientação para a vida (*Orientation to life questionnaire*)⁵. No ponto de vista de Eriksson e Lindström (2010) e atendendo ao contínuo/caminho em direção à saúde de *H-* (dis-ease) até *H+* (ease), desenvolveram o *The River of Life* (Figura 4) em que o curso do rio se faz em direção à saúde, bem-estar e qualidade de vida. Porém, pelo caminho há sempre a possibilidade de se encontrar *R* (riscos), doença e até a morte. Mas, a corrente/direção do rio não é feita rumo à queda/cascata, mas verticalmente na direção da vida.

Figura 4 - The River of Life



Fonte: Lindström (2012, p. 14).

Sabemos que à nascença somos “lançados” no rio (da vida) e flutuamos até aprendermos a “nadar”. Alguns nascem no ponto *H+* (ease) onde o rio flui calmamente, havendo tempo para aprender a nadar e momentos para flutuar. Neste caso há pré-requisitos para uma vida boa e cheia de recursos à disposição. É como nascer numa sociedade

⁴ Estes investigadores estiveram em contato pessoal com Antonovsky desde os anos de 1980 até ao seu falecimento, em 1994. Em 2007, o *International Scientific and Professional Organization of Health Promotion* (I.U.H.P.E.) deu a tarefa ao *Folkhälsan Research Centre* de criar e gerir um grupo mundial de pesquisa sobre o modelo salutogénico, em que as pesquisas e os seus desenvolvimentos fossem coordenados e publicados numa base de dados global (ver em: www.salutogenesis.fi – acesso a 26 de maio de 2014), tornando as investigações acessíveis a todos.

⁵ O Questionário de Orientação para a Vida (Antonovsky, 1991, 1996) foi desenvolvido para medir o S.O.C. e avaliar os G.R.R.. É composto por 29 *itens* que espelham as três dimensões do S.O.C. e as respostas são expressas em duas frases com conteúdo semântico de referência oposto (Antonovsky, 1987, 1996). A validação portuguesa foi realizada por Luís Saboga Nunes (1999/2000), num estudo com 643 indivíduos da região de Setúbal (concelho da Moita e freguesia de Alhos Vedros) e concluiu que sujeitos com um S.O.C. forte (resultado de S.O.C. elevado) se mostram menos atingidos em termos comportamentais, psicológicos, psicossomáticos e emocionais pelos efeitos adversos e stressantes aos quais estavam expostos.

organizada desenvolvida, oferecendo melhores qualidades e recursos de vida. Outros nascem bem perto da cascata, no ponto H- (dis-ease), onde é necessário lutar pela sobrevivência e onde há dificuldades e riscos a vencer (Eriksson e Lindström, 2010). Este aspecto será desenvolvido em 1.3 (Determinantes de saúde, no qual abordaremos questões de variação e desigualdades socioterritoriais em saúde).

O modelo salutogénico procura compreender os processos que permitem aos sujeitos e suas comunidades, em face de situações consideradas desestruturantes ou perturbadoras, resistirem (usarem G.R.R./caraterísticas autopoieticas e de auto-organização) à doença e ainda, transformarem fatores considerados nocivos em fonte de maior complexidade, de aprendizagem (Antonovsky, 1991, 1996; C. Oliveira, 2006).

O foco do modelo salutogénico é a promoção de saúde, olhando de forma holística para o sujeito no seu contexto (ambiente ecológico). Esta perspectiva de promoção de saúde integra alguns dos princípios apontados na Carta de Ottawa (1986), como podemos verificar pelo Quadro 2.

Quadro 2 – Semelhanças e divergências entre o modelo Salutogénico e a Carta de Ottawa

Caraterística	Modelo Salutogénico (1979, 1987)	Carta de Ottawa (1986)
Génese	Teoria dos sistemas, Holocausto	Declaração sobre Direitos Humanos (O.M.S., 1978)
Fundamentos	Direitos humanos e participação ativa dos cidadãos	
Conceitos Chave	S.O.C. e G.R.R.	Promoção de saúde Determinantes de saúde
Bases teóricas	Habilidade para usar/construir G.R.R. e para desenvolver um S.O.C. forte	Desenvolver a capacidade de controlar os determinantes de saúde
Níveis de atuação	Individual, grupo e comunitário	Sinergia entre o indivíduo e a comunidade (enquanto organização)
Medidas de avaliação	Questionário de orientação de vida - mede o S.O.C.	Diversos questionários que medem riscos específicos e comportamentos saudáveis
Objetivos a alcançar	Saúde, bem-estar e qualidade de vida, numa vida com sentido, significado e motivação pessoal.	Promover a saúde e uma vida ativa e produtiva (do ponto de vista económico)

Fonte: Adaptado de Lindström e Eriksson (2008, 2010, 2011).

O modelo salutogénico de Antonovsky propõe uma mudança de atitude por parte dos profissionais de saúde, que além de se preocuparem com o diagnóstico e tratamento de uma doença, possam dedicar-se à compreensão de *como e porquê tantos organismos humanos se mantêm saudáveis apesar dos estilos de vida pouco saudáveis, em condições sanitárias deploráveis, em contextos comunitários desfavoráveis (...) procuram identificar*

fatores/processos não só de resistência a situações potencialmente patogénicas, mas que possam, por si só, ser considerados fatores/processos salutogénicos (C. Oliveira, 2004, p. 53). Assim, qualquer educador de/para a saúde deverá promover o sentido de coerência das pessoas que a si recorram (C. Oliveira, 2012a), mas para isso o próprio educador deverá compreender o sentido e significação dado às vivências dessa pessoa, para com ela partilhar essa significação, de forma acopulativa (na linguagem de Maturana e Varela, 2002) promovendo a (re)organização e/ou produção de saúde.

Acreditamos que através da divulgação e prática do modelo salutogénico se poderão atingir níveis de saúde compatíveis com os esperados e almejados nas muitas conferências de promoção para a saúde, o que implica de igual modo investir na educação permanente e comunitária aquando da formação académico-profissional, na construção do sentido de coerência interna das pessoas, começando pelos próprios profissionais de saúde e professores aos mais diversos níveis de ensino.

Temos vindo a falar em *empoderamento* sem ainda termos definido de forma clara a implicação deste conceito na atualidade. Assim, é nosso objetivo definir e aprofundar, no próximo *item*, o conceito de *empoderamento*.

1.4. Empoderamento

O conceito de *empoderamento* foi desenvolvido e notabilizado nos anos 60 e 70 do século passado, no âmbito da Sociologia, entre outras ciências, associado a movimentos sociais de minorias (movimentos civis afro-americanos nos E.U.A. para alcançar uma cidadania plena e movimentos feministas e estudantis) (Silveira, 2006; Fredericks e Bronwin, 2008; Nogueira e Remoaldo, 2010). Tem sido explorado por outras ciências sociais e humanas, nomeadamente a Geografia que o começou a fazer sobretudo nos últimos vinte anos, e no que concerne às suas aplicações individuais, organizacionais ou comunitárias, especialmente no âmbito da promoção e educação para a saúde.

Nos anos 80, do mesmo século, foram várias as definições dadas a este conceito. Todavia, parece ser unânime que a noção de *empoderamento* se refere à capacitação das pessoas em informação, conhecimentos e controlo sobre a sua própria vida e contexto ambiental (social, económico e político). Deste modo, designa a transferência de poder, de autoridade, de capacidade e recursos de um sujeito ou grupo para outro (Martins, 2011)

Empoderamento pode ser definido como um processo de formação necessário e que deve ter lugar na sociedade. O *empoderamento* das pessoas não tem apenas a ver com o

seu envolvimento em processos de tomada de decisão através do acesso à informação e educação, mas também com a participação ativa na sociedade, através dos seus recursos e habilidades em atividades sociais, laborais e de índole comunitária. *Empoderar* jovens é dar-lhes a possibilidade de decidir sobre questões que afetam as suas vidas, tornando-os agentes ativos no e para o desenvolvimento e transformação das sociedades. Deste modo, conhecerão melhor os seus direitos, tornar-se-ão cidadãos mais responsáveis e as sociedades serão mais justas, tolerantes e democráticas (O.N.U., 2004). Esta noção é partilhada pelo Banco Mundial: *Empowerment is the process of enhancing the capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes. Central to this process are actions which both build individual and collective assets, and improve the efficiency and fairness of the organizational and institutional context which govern the use of these assets* (www.worldbank.org – acesso a 16 de abril de 2015).

O Banco Mundial refere, ainda, que *empoderamento* se aplica ao aumento das capacidades e habilidades dos mais desfavorecidos (mais pobres) para assim poderem participar, influenciar, negociar ou responsabilizar instituições que afetem as suas vidas. Neste sentido, *empoderamento* é uma decisão pessoal de mudança de vida, a qual não ocorre desfasada do ambiente sociocultural em que o sujeito se insere. Por exemplo, na Índia, uma mulher de casta inferior pode sentir-se *empoderada* se lhe for permitido falar num evento social. Nos E.U.A. um trabalhador imigrante sentir-se-á *empoderado* se lhe for possibilitada a negociação de condições de trabalho. No Reino Unido, uma mulher vítima de violência sentir-se-á *empoderada* se estiver livre de ameaças ou violência (física e psicológica) e lhe for permitido tomar decisões sobre a sua própria vida (www.worldbank.org – acesso a 16 de abril de 2013). Estes exemplos ilustram a noção de empoderamento sob o seu aspeto instrumental, pois *não propõe mudanças estruturais nas relações de poder, nem questiona a forma como o poder é distribuído na sociedade* (Silveira, 2006, p. 167).

Sendo o *empoderamento* um conceito amplamente mencionado torna-se necessário compreender as formas ou tipos que pode avocar. Segundo Carvalho (2004) há duas formas de *empoderamento*: a psicológica, que se refere às práticas de educação para a saúde e técnicas de *marketing* social que contribuem para a informação e formação da consciência do sujeito; e a comunitária que envolve estratégias que permitem a participação e o aumento do controlo do sujeito e da comunidade sobre a própria vida, eficácia política, voltados para uma maior justiça social e melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, a O.M.S. (1998) fez referência ao *empoderamento* individual como sendo uma habilidade pessoal, que permite orientar e tomar decisões sobre a própria vida, e ao *empoderamento* comunitário como aquele que permite o envolvimento ou a participação de grupos de pessoas com o objetivo de obter maior influência e controlo dos determinantes da saúde, qualidade de vida e da própria comunidade. Assim, podemos afirmar que o *empoderamento* individual potencia o *empoderamento* comunitário e o contrário também se verifica⁶. Observemos o seguinte. Uma mulher vítima de maus tratos procura a A.P.A.V. (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima). Esta instituição funcionará como um mecanismo de *empoderamento comunitário* que permitirá ou potencializará o *empoderamento psicológico* ou emancipação pessoal dessa mulher, de acordo com a sua vontade própria. Essa mulher, ex-vítima, ao transformar em significação as suas vivências, o sofrimento em aprendizagem, torna o seu S.O.C. mais forte, e desenvolve novos G.R.R.'s para viver salutogenicamente.

Esta mulher, que é agora mais *empoderada*, ao sair da A.P.A.V., terá capacidade e habilidade para auxiliar outras mulheres, e ao realizá-lo funcionará como uma educadora comunitária que favorecerá o *empoderamento* social ou comunitário.

Referimos, que a mudança ou emancipação pessoal terá lugar apenas se a pessoa envolvida tiver vontade, pois toda e qualquer mudança pessoal está subordinada à sua organização, e de acordo com a sua individualidade ou padrão organizativo, integrar elementos e desenvolver capacidades ou habilidades que lhe são ensinadas e propostas. Ocorre um acoplamento estrutural entre o *empoderado* e o *empoderador*, formando-se uma unidade complexa (de acordo com a teoria da autopoiesis), tal como se pode verificar no Quadro 1.

Queremos salientar e clarificar que não é possível *empoderar* alguém, a não ser o próprio sujeito num sentido de evolução ou desenvolvimento pessoal, já que o que ocorre no meio (exterior ao sujeito) pode ou não mudá-lo. O sujeito só muda se aquilo que

⁶ Importa ainda salientar que todo este processo de *empoderamento* individual e comunitário é autoorganizativo e aleatório, na medida em que o sujeito se capacita, ganha recursos pessoais, aumenta o seu nível de informação, conhecimentos e complexidade enquanto ser (sistema) vivo ou organismo de terceira ordem. A teoria da autopoiesis considera que, os seres vivos podem ser classificados em 1ª ordem (unicelulares), 2ª ordem (multicelulares) e 3ª ordem (organismos em que a dimensão comunitária é fundamental para a sua identidade). Esta denominação é dada por Maturana e Varela (2002) aos sistemas vivos ou máquinas autopoieticas, designando a capacidade que os seres vivos possuem para produzirem componentes e processos necessários para garantirem a sua autonomia (C. Oliveira, 2004) e sobrevivência.

Porém, e dada a participação de cada organismo/indivíduo no seu contexto, ocorre uma complexificação interna que traduz mudanças desse contexto ou contribuem para elas através da sua ação. Neste sentido, é manifesta a importância da linguagem enquanto forma de comunicação, veículo de informação e influência para outros. Freire (1970, p. 81 e 82) refere que *dialogue must be done not only with love, but with humility, faith in the innate wisdom and power of others, mutual trust, hopefulness, patience and willingness to take risk through action.*

pretende integrar de novo se torna legível mediante a sua organização ou padrão de funcionamento interno, ou seja, se possui significado para si (Pena, 2016).

Nutbeam (1998, p. 30) indica que *empoderamento (...) includes mobilisation of human and material resources in social action to overcome structural barriers to health, to enhance social support, and to reinforce social norms conducive to health. Examples of outcomes would range from improved social 'connectedness' and social support, through to improved community competency and community empowerment.*

Laverack e Labonte (2000) definem *empoderamento* comunitário como o meio através do qual as pessoas ganham controlo sobre as suas decisões e influenciam positivamente a própria saúde e vida. O *empoderamento* fomenta também a participação ou o envolvimento, e cidadania dos sujeitos, no meio em que estão inseridos. E esta mobilização aplica-se a cidadãos que confiam uns nos outros e que trabalham cooperativamente para benefício de todos, do bem comum, empregando-se o termo ou a noção de capital social (Silveira, 2006). Esta é, inclusive, a finalidade dos programas de promoção de saúde, promover mudanças comportamentais, capacitar/habilitar os sujeitos a aumentarem o controlo sobre as suas vidas, sobre condições de vida como a pobreza, a habitação e os riscos ambientais. Tal como referem Wallertein e Bernstein (1988, p. 380) (...) *a social action process that promotes participation of people, organisations, and communities in gaining control over their lives in their community and larger society. With this perspective, empowerment is not characterised as achieving power to dominate others, but rather to act with others to effect change.*

Por sua vez, Wilson (1996) aponta que o *empoderamento* individual está intimamente ligado à mudança social, ao espírito comunitário e de companheirismo, uma vez que promove o autoconhecimento e melhora a autoestima. E isso leva o sujeito a transcender o egoísmo pessoal, a ser mais solidário e ligado ou interessado nos outros. Assim, o *empoderamento* individual motiva o sujeito a transformar-se e melhorar-se a si e aos outros. Pode também conduzir a um envolvimento e participação ativa e responsável na comunidade em que vive.

Tilford e Tones (2001) referem que pessoas *empoderadas* formam comunidades *empoderadas*, em detrimento de comunidades alienadas. Isto significa que pessoas ou cidadãos capacitados, informados e habilitados, de saber e conhecimento (moral e técnico) envolvem-se e participam de forma autónoma e ativa no seu próprio desenvolvimento/capacitação, assim como para o desenvolvimento e evolução da

comunidade em que estão inseridos. Esta participação considerada como uma faceta da cidadania ativa, pode ocorrer de modo individual ou de grupo e a nível social e político.

Para Lindström e Erikson (2006, p. 242 e 243) *Empowerment is about giving people control and mastery over their lives similar to the enabling process in health promotion. It is about the development of abilities and coping skills and endowing people with the ability to work for active critical conscious-raising.* Este enfoque centra-se no modelo educacional de Paulo Freire (1970), que consiste no *empoderamento* ou desenvolvimento de estratégias que permitem aos sujeitos adquirir controlo e poder sobre as suas vidas. Auxilia as tomadas de decisão e reflexão, com base no sentimento de autonomia e liberdade. Estimula um espírito ou consciência crítico(a) (também designada de conscientização) e acima de tudo proactivo.

Paulo Freire foi um educador brasileiro, sobretudo de adultos, cujas ideias nasceram a partir do seu trabalho com uma população iletrada, nos Estados Unidos da América, nos finais dos anos de 1950. Constatou a ineficácia da chamada *educação bancária*, na qual o educador conduz os educandos à memorização mecânica dos conteúdos, o que ele considera manipulatório e opressor, além de desconetado da realidade. O educando é um mero recetor, recipiente ou *depósito* dessa educação *antidialógica*, estática e unilateral. A proposta de Freire assentava numa educação que liberta, *empodera* (dá poder) o sujeito por promover a consciência crítica que lhe permite a superação dos seus problemas de forma criativa. O sujeito deixa, assim, de ser oprimido e passa a ser um agente transformador, proativo (Freire, 1970, p. 57 e 62).

O modelo de *empoderamento* baseado na pedagogia de Freire considera a experiência e conhecimentos de cada um, dos estudantes, dos jovens e cidadãos em geral, para a elaboração do seu próprio projeto curricular e educacional. Essa educação está alicerçada na sua própria realidade, tornando-se assim compreensiva, o que fomenta o diálogo e o espírito crítico, que conduz à consciência crítica sobre as raízes e/ou causas dos problemas sociais. Gera-se, assim, um currículo que possibilita o desenvolvimento de competências pessoais, relacionais e sociais, que garante confiança e potencia a ação individual e coletiva (Freire, 1970). Este modelo incita os cidadãos a tornarem-se sujeitos ativos e transformadores, e não objetos passivos, meros recipientes, num contexto sociocultural que os envolve. Cada contexto necessita de agentes transformadores para lutar contra os seus problemas sociais, tais como a desigualdade de oportunidades e a pobreza. Estes conceitos há muito que eram considerados pela Perspetiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner (1996) segundo a qual o ser humano ao longo do seu ciclo de vida se desenvolve a partir de

interações entre sujeitos e os seus múltiplos contextos de vida, transformando-se a si e ao ambiente envolvente.

Freire propunha uma rutura com a educação tradicional (dita educação bancária) que oprime e conduz o sujeito à alienação. E, enfatiza a libertação e emancipação do sujeito, através do estudo crítico da realidade social, política e económica, no sentido de conscientizar as diferentes classes e estruturas sociais para a promoção da justiça social. Trata-se de humanizar a sociedade como um todo e para tal há que ter em conta a diversidade cultural. Neste sentido, o novo modelo educativo é crítico, aberto, dinâmico e democrático, ou seja, educa numa perspetiva multicultural, diria até integrativa do saber, não rejeitando usos, costumes ou formas de saber fazer. Permite ainda que os indivíduos desenvolvam e construam um S.O.C. forte. Uma vez que pessoas *empoderadas* são capazes de tomar decisões e agir de forma salutogénica.

Pelos seus fundamentos e princípios, a pedagogia de Paulo Freire, tornou-se um modelo de *empoderamento* extremamente valioso e útil em saúde pública, para os educadores e promotores de saúde, uma vez que começa pelos problemas que afetam a comunidade e através das estratégias educacionais supracitadas fomenta a mobilização da ação transformadora da realidade.

O modelo de *empoderamento* educacional de Freire foi amplamente aplicado e testado com eficácia, em diversos países e numerosas intervenções de âmbito comunitário e de saúde pública. A primeira aplicação ocorreu no México, num programa de desintoxicação alcoólica e de reabilitação/prevenção do abuso de substâncias (*Alcohol and Substance Abuse Prevention – A.S.A.P.*). Este programa tornou-se importante dada a sua eficácia em saúde pública e especialmente no âmbito da prevenção do abuso de substâncias (Wallerstein e Bernstein, 1998; Sharma, 2001). No Canadá, Poor *et al.* (2006) aplicaram o modelo a um programa de literacia para a saúde a mães com baixos rendimentos no sentido de as *empoderar*, melhorarem a qualidade de vida, saúde e educação dos seus filhos. Bergsma (2004) realizou um estudo, na Universidade do Arizona onde aplicou o modelo a jovens adolescentes em campanhas de apoio à literacia. Nos E.U.A. (Los Angeles), Delp *et al.* (2005, p. 270), realizaram na Universidade da Califórnia uma investigação no âmbito da saúde ocupacional e comunitária, num projeto piloto (denominado *Power*), que decorreu entre 1998 e 2001, para o *empoderamento* de grupos minoritários de jovens latinos e afro-americanos de uma comunidade de Los Angeles (a população de estudo cifrou-se entre 3.441 e 4.436 habitantes). Na Austrália (Rockhampton, Central Queensland) Fredericks e Bronwin (2008) aplicaram o modelo educacional a vinte mulheres aborígenes que devido

ao processo de colonização sofreram impactes no seu bem-estar, saúde e qualidade de vida, no sentido de melhorar as suas práticas e o seu relacionamento com os serviços de saúde, ganhando o controlo sobre as suas vidas e bem-estar.

Em Angola, a maior preocupação de âmbito comunitário centra-se na necessidade de desenvolver cada comunidade, cada província, promovendo a igualdade e os direitos da mulher *empoderando-a* e capacitando as suas famílias. No sector da saúde pública, o enfoque é colocado na necessidade de reduzir as taxas de mortalidade materna e infantil, no controlo da disseminação do H.I.V.-S.I.D.A. e no combate à Tuberculose e à Malária, que continuam a fazer inúmeras vítimas entre a população angolana.

Neste sentido, o Ministério da Saúde Angolano (M.I.N.S.A.) tem desenvolvido ações que visam primordialmente o *empoderamento* feminino e o fortalecimento do tecido social e comunitário (M.I.N.S.A., 2009). Algumas destas ações colocaram a saúde no topo das prioridades sociais do País, o que permitiu avanços em indicadores de impacte como na redução da mortalidade materna e infantil e no aumento da esperança de vida. Estas melhorias foram conseguidas através do fortalecimento do combate às doenças prioritárias, como as doenças transmissíveis e as crónicas não transmissíveis, na atenção prestada às mães e às crianças, na melhoria da proximidade dos serviços, bem como das capacidades de resposta nos casos mais difíceis. Para o desenvolvimento sanitário sustentável, o executivo angolano reforçou o quadro institucional do setor da saúde, com *a dinamização da política de formação de quadros, o estabelecimento duma relação frutífera com o sector privado da saúde e a participação ativa das administrações locais, das comunidades e das famílias no processo de melhoria da saúde*. E ainda, tem fomentado o envolvimento *da sociedade angolana, dos cidadãos e dos setores sociais e políticos, em particular, na promoção de novos hábitos e estilos de vida e na alteração dos determinantes sociais e económicos contra as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância* (P.N.D.S., 2012, p. 4).

O investimento do executivo angolano, sente-se também no setor da educação, uma vez que se verifica uma proporcionalidade inversa na relação entre a mortalidade das crianças e o nível de escolaridade das mães, pois quanto maior a escolarização das progenitoras, menor é o número de mortes em crianças menores de 5 anos. Conclui-se assim que quando as mulheres possuem uma escolaridade ao nível do secundário ou superior, os seus filhos apresentam-se menos vulneráveis. Assim, crianças cuja mãe é iletrada têm uma probabilidade acrescida de 60% de falecerem antes dos 5 anos de idade (I.N.E./U.N.I.C.E.F., 2003; Pereira, 2005). A U.N.I.C.E.F. (2015a) menciona que o baixo

nível de escolaridade da progenitora é um fator que contribui com cerca de 2.8 vezes mais para a probabilidade de morte infantil até aos 5 anos.

O Governo Angolano tem desenvolvido estratégias de médio e longo prazo, nomeadamente o *Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017* e a *Estratégia Nacional de Desenvolvimento de Longo Prazo “Angola 2025”*. Além dos O.D.M., estes planos e estratégias, visam melhorar a qualidade de vida da população através de: criação de emprego e oportunidades para os jovens, redução das desigualdades em educação e saúde, melhorias no setor das utilidades públicas (tais como rede de água e de luz, saneamento básico e habitação). Ao investir no setor da educação obter-se-ão benefícios no domínio da saúde e em capital humano através, por exemplo, de novas oportunidades de emprego. Do mesmo modo, a melhoria da rede de saneamento irá ter um impacto positivo sobre a saúde, os transportes e o meio ambiente (M.I.N.P.L.A.N., 2013).

Em Luanda, nos últimos anos, verificou-se um grande desenvolvimento a nível habitacional através da construção civil de iniciativa pública e privada. Porém, subsistem muitas carências e necessidades populacionais ao nível da habitação (M.I.N.P.L.A.N., 2012). Não obstante, o Governo tem-se empenhado neste e noutros setores, focalizando a melhoria dos indicadores sociais (havendo um esforço para os melhorar até 2017 no âmbito do Plano Nacional de Desenvolvimento de 2013-2017), que traduzem o bem-estar da população, com o lema: *Futuro que Queremos: que todos os angolanos tenham as condições humanas que lhes permitam escolher o que fazer, o que comer, e tenham acesso à saúde, habitação e educação de qualidade* (M.I.N.P.L.A.N., 2013, p. 4).

Outro conceito fundamental para a ação e envolvimento comunitário de jovens/cidadãos é o conceito de capital social, o qual surge muitas vezes associado ao de *empoderamento* (comunitário). Como já mencionámos antes, mas agora recordando Putnam (1995), o capital social configura uma organização social, composta por regras e normas próprias que permitem/facilitam as trocas sociais, a cooperação e confiança mútua entre cidadãos para benefício de todos, para o bem comum.

Capital social e capital humano, não são a mesma coisa. O capital social está associado a redes de apoio social, vizinhos/comunidade, amigos, família, aos conhecimentos e relacionamentos que o sujeito possui, pelo que é necessária a existência de cooperação (para o bem comum) confiança mútua e tolerância. Assim, o capital social *refers to the norms and networks that facilitate collective action* (Woolcock, 2001, p. 11 e 17), enquanto o capital humano se refere apenas ao sujeito em si mesmo, à sua individualidade e potencialidades pessoais. Este autor indica três componentes no conceito

de capital social: *bonding* (normas e relacionamentos que reforçam a coesão dentro de um grupo homogêneo); *bridging* (relações entre grupos heterogêneos e a força de ligação entre eles) e *linking* (relacionamento entre sujeitos de grupos de diferentes estratos sociais numa hierarquia onde o poder, o estatuto social e a riqueza são acessíveis aos diferentes grupos).

Segundo Erben *et al.* (2000) o conceito de capital social emergiu a partir de análises sociológicas sobre as relações sociais entre cidadãos e o impacto destas nas vidas dos seus participantes/atores sociais. Ora, os participantes dessas relações sociais demonstravam respeito/lealdade e confiança mútuos, o que permitia a esse grupo social a obtenção de sucesso em termos sociais, políticos e culturais. Esta conceção pode ser alargada de um nível de microsistema (o das relações interpessoais) para um nível de meso e macrossistema (de relacionamento entre grupos empresariais, setores, organizações (Bronfenbrenner, 1996). Sendo assim, o capital social é aplicado não apenas aos sujeitos e às suas ações particulares, mas no que respeita à colaboração e cooperação entre os vários sistemas/setores/organizações para que nessa ação conjunta sejam alcançados objetivos e benefícios (monetários, sociais, ou outros) comuns (Erben *et al.*, 2000).

Estes autores concetualizam capital social como um barco no qual estamos todos a remar pelo mesmo objetivo com as mesmas estratégias em mente. Ora, esta conceção distancia-se da postulada na Carta de Ottawa (1986), que afirma que todos vivemos num mundo com diferentes culturas, interesses, valores e crenças, pelo que a promoção de saúde envolve processos e meios para enfrentar esses conflitos de interesses. E sob este ponto de vista, a promoção para a saúde supõe a iniciativa para a transformação social, melhorando as condições de vida e de trabalho em direção à saúde, assente em três princípios básicos: capacitar (procura da equidade em saúde, redução de desigualdades, igualdade de oportunidades e recursos); mediar (ação coordenada de todos os intervenientes, governos, setores de saúde, social, económico, organizações não-governamentais, voluntários, autarquias, empresas, comunicação social); e advogar (saúde é um recurso para o desenvolvimento social, económico e pessoal, sendo uma dimensão fundamental para a qualidade de vida).

O conceito de maior relevo na Carta de Ottawa (1986) é o de *empoderamento*, como vimos nos *itens* anteriores orientando a ação num processo que visa aumentar a capacidade dos sujeitos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Assim, o sujeito ou grupo social deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio envolvente – saúde é um recurso para a vida e não uma finalidade de vida. O *empoderamento* acontece quando

os sujeitos funcionam em sinergia, cooperaram, interagem com tolerância, respeito, confiança e apoio mútuos.

Nogueira e Remoaldo (2010, p. 27) referem que no *domínio da saúde, empoderamento (empowerment) deve ser encarado como o processo através do qual os indivíduos ganham capacidade para compreender as situações e aumentarem o seu controlo sobre os fatores que atingem a sua saúde*. Para tal, evidencia-se o papel da educação e da literacia para a saúde como estratégias ou fatores preponderantes para o *empoderamento* de uma população ou comunidade, através do desenvolvimento de competências individuais que realçam uma participação ativa e responsável na vida social (Martins, 2011). Sabemos que nos países cuja ação coletiva é mais elevada, a participação das mulheres é mais vincada (Nunes, 2015).

Em Angola, verifica-se uma dificuldade das instituições do Estado, em viabilizarem a participação dos cidadãos da sociedade civil, em questões que envolvam o acompanhamento das políticas públicas e o controlo das ações do governo. Este facto, verifica-se através do não funcionamento dos modelos de gestão participativa em Angola, apesar da existência de mecanismos jurídicos e legais nesse sentido, nomeadamente, no que concerne à *Participação na vida pública* (art. 52º) da Constituição da República de Angola (2010).

O Relatório Social de Angola 2013 demonstra que ao longo de 2013 *a execução das políticas públicas continuaram a caracterizar-se pela excessiva centralização do poder financeiro e de tomada de decisão no aparato do Estado*. A sociedade civil e os municípios, eram apenas envolvidos para *um papel mais de meros executantes de políticas públicas definidas ao nível central*. (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014, p. 14).

Conhecendo esta centralização que ocorre em Luanda, é intenção do Governo Angolano *dar autonomia às províncias, assegurar o cumprimento dos O.M.D., diversificar a economia para desenvolver o mercado interno, gerar emprego e estabilidade económica (...)* (M.I.N.P.L.A.N., 2013, p. 11). Em 2016, esta continua a ser a política seguida e tem-se assistido à efectivação deste discurso.

Neste sentido, salienta-se a necessidade de *empoderamento* dos jovens e mulheres angolanas, no aumento da frequência escolar, na aquisição e domínio da língua portuguesa, pois além de facilitar o acesso ao mercado de trabalho, é uma mais-valia para a mobilidade na sociedade, em especial urbana, onde residem as oportunidades, para se tornarem motores de progresso e desenvolvimento na sociedade. Num país, cuja população é maioritariamente jovem [em Angola 64% da população tem idade inferior a 25 anos,

segundo as estimativas da Central Intelligence Agency (C.I.A.) para 2015], consideramos bem sucedida, uma aposta em programas sociais que envolvam os jovens angolanos enquanto capital social. Estas diligências são necessárias, já que o conceito de capital social incorpora na sua dimensão prática a noção de *empoderamento*, como ferramenta para a participação na vida política, na cidadania, apoio à democracia, à cooperação para benefício de todos (bem comum) e formação/engajamento da juventude (Silveira, 2006).

Não obstante, as desigualdades persistem, apesar de todos os esforços conjuntos. Para melhor compreendermos estas assimetrias propomos uma breve revisão de literatura acerca das determinantes em saúde. Debrucemo-nos agora sobre esta temática.

1.5. Determinantes e desigualdades sociais e territoriais em saúde

É vasta a investigação sobre as determinantes sociais e as suas relações no processo saúde/doença, principalmente ao longo dos últimos trinta anos. São vários os modelos teórico-conceituais que procuram explicar esta dinâmica e a sua pertinência para a saúde pública. Pretendemos salientar a componente territorial, enquanto promotora de saúde, ou, por outro lado, geradora de doença, e para tal apelamos à compreensão do território atendendo às suas configurações específicas, nomeadamente aos equipamentos disponíveis (acesso a bens e serviços, centros de saúde, vacinação, centros desportivos, saneamento básico) podendo contribuir para ações de carácter preventivo ao nível da saúde primária (Faria e Bortolozzi, 2009). Também se torna necessário ressaltar a componente ambiental, salientando o impacte de problemas, tais como, a degradação dos ecossistemas e as mudanças climáticas no processo de saúde/doença. O estudo das relações entre território e saúde teve vários seguidores e interessados, dos quais se destacam Helena Nogueira, Paula Santana e Paula Remoaldo (em Portugal), Milton Santos (no Brasil) entre muitos outros a nível internacional como Yen e Kaplan (nos E.U.A.), Fukuda e outros (no Japão) e Sundquist e outros (na Suécia). Importa recordar que nos últimos vinte anos, a Geografia da Saúde focou-se na análise das dinâmicas entre a saúde e o lugar (Andrews *et al.*, 2014).

1.5.1. Determinantes sociais e ambientais da saúde

As determinantes em saúde correspondem a fatores ou condições que se presume terem influência no nível geral de saúde das pessoas. São o resultado das particularidades dos sujeitos e das suas famílias, tais como o género, o estado civil, a idade, a situação profissional (de emprego ou desemprego), o rendimento, o nível de escolaridade, o estado

civil, a gestação e vida na infância, o número de filhos, os hábitos, os comportamentos e o estilo de vida (atividade física, dieta alimentar, prática de relações sexuais protegidas, consumo de álcool e tabaco). Também devem ser consideradas condicionantes sociais, as políticas de saúde e de educação, em articulação com as peculiaridades dos lugares ou espaços, como o clima, a qualidade do ar, da água, da habitação, do local de trabalho, acesso e disponibilidade a bens e serviços (Santana, 2005).

No século XIX, a preocupação e ação em saúde pública, eram dirigidas para as situações devastadoras impostas à população devido à revolução industrial, focando as determinantes ambientais e sociais na saúde dessas pessoas. Nos finais do século XX a ênfase era colocada nos comportamentos e estilos de vida individuais como fatores de risco para a saúde. Assim, compreende-se que a saúde é influenciada por características individuais, como os padrões comportamentais ou estilo de vida, mas também é determinada por fatores socioeconómicos e circunstâncias ambientais. A O.M.S. reflete estas preocupações na Carta de Ottawa (1986) e confirma-as na Declaração de Jacarta (1997) no sentido de melhorar o controlo e ação das próprias pessoas para influenciar positivamente estes determinantes, através de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Nutbeam, 2000).

Em 1997, foram identificadas as principais determinantes, pelo Instituto Nacional de Saúde Pública de Estocolmo: 1. *Comportamentos relativos à saúde* – consumo excessivo de tabaco, álcool e drogas, dieta e exercício físico; 2. *Ambiente* – casa, trabalho/estudo, transporte, acesso a transporte, ruído, qualidade do ar e da água, saneamento, radiações e biodiversidade; 3. *Aspetos sociais* – desemprego e pobreza; 4. *Serviços de saúde* – sistemas de saúde dos países, políticas de promoção e prevenção da saúde, padrões de cuidados de saúde, utilização do hospital, qualidade dos fármacos e investigação. Foi reconhecida uma hierarquia de cada determinante segundo o seu contributo para explicar a doença, sendo destacados pela Geógrafa Paula Santana (2005): consumo de *tabaco* (9.0%), consumo de *álcool* (8.4%), excesso de peso (3.7%), *riscos ocupacionais* (3.6%), *alimentação/nutrição* - baixo consumo de vegetais e fruta fresca (3.5%), *pobreza relativa* (3.1%), *desemprego* (2.9%), dependência de *drogas* (2.4%), inatividade física/*sedentarismo* (1.4%), dieta saturada em *gorduras* (1.1%), *poluição atmosférica* (0.2%).

Em 2002, a O.M.S. identificou vinte fatores de risco associados às principais causas de morte mundial. A hierarquia destes fatores varia de acordo com a diferença dos fatores de risco entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, e também com a influência que cada um desses fatores tem sobre a probabilidade de ocorrência da doença

ou morte. No caso dos países em desenvolvimento, as determinantes que se posicionam em primeiro lugar estão relacionadas com o ambiente político, físico e social: má qualidade da água, deficiências nutricionais, baixo peso, colesterol elevado, pressão arterial alta, poluição dentro de casa devido a queima de combustíveis, prática de relações sexuais não protegidas e elevado consumo de álcool e tabaco. No caso dos países desenvolvidos, regista-se um elevado consumo de tabaco, álcool e outras drogas, obesidade, inatividade física, baixo consumo de vegetais e frutas, pressão arterial e colesterol elevados e prática de relações sexuais não protegidas, como foi salientado por Santana (2005, 2014).

Constata-se que as determinantes e as suas influências sobre a saúde são múltiplas. Há vários modelos e explicações sobre esses determinantes e a forma como afetam a saúde.

Davies e Macdowall (2006, *apud* Casanova, 2014) defendem que a saúde é influenciada por fatores que os próprios sujeitos não controlam, que escapam à sua vontade, nomeadamente, as circunstâncias sociais, económicas e ambientais. Também o modelo de níveis de influência ou “Política Arco-íris” de Dahlgren e Whitehead (1991, *apud* Nogueira e Remoaldo, 2010) evidenciam que a saúde é simultaneamente determinada, por fatores comportamentais, individuais (internos), socioeconómicos, contextuais/ambientais e, portanto, externos ao próprio sujeito. Sobral e Freitas (2010) defendem que o modelo de Dahlgren e Whitehead permite um suporte teórico para a análise da saúde através dos seus determinantes sociais.

Tal como se pode observar na Figura 5, cada um desses fatores ou níveis interagem, influenciando e determinando saúde e bem-estar dos sujeitos e das populações. No *nível 1* temos os fatores genéticos e biológicos, enquanto no *nível 2* surgem os comportamentos individuais e estilos de vida. No *nível 3* sobressaiem as influências comunitárias e sociais, no *nível 4* as condições de vida e de trabalho e, por fim, no *nível 5*, as condições ambientais, culturais, sociais e económicas. Cada uma destas determinantes influencia a saúde através do seu impacte específico, mas também pelo resultado das interações que ocorrem quer entre as determinantes de cada nível, quer entre as determinantes de níveis distintos. Por exemplo, a prática de exercício físico é uma determinante individual da saúde (*nível 2*), que sofre influência do contexto (existência de espaços adequados à prática do desporto) e dos fatores biológicos (idade). Além disso, a prática desportiva apesar de ser um comportamento de responsabilidade individual, pode, por outro lado, ser influenciado pelas políticas públicas, nomeadamente campanhas e propagandas que objetivam a adoção de estilos de vida saudáveis (prática de desporto e dieta saudável) e fomentem o abandono de uma vida sedentária, do uso do álcool e do tabaco (Badziak e Moura, 2010).

Figura 5 - Níveis de influência das determinantes em saúde



Fonte: Adaptado de Whitehead e Dahlgren (1991, p. 1059 *apud* Nogueira e Remoaldo, 2010, p. 30).

Vários estudos indicam a influência do nível de instrução e a sua determinação sobre a saúde. Hadair *et al.* (2001) realizaram um estudo com 3.843 D.N.V. (Declaração de Nacido Vivo) e concluíram existir uma associação positiva entre a menor escolaridade das progenitoras, e a ocorrência de baixo peso do recém-nascido, que é preditor da neomortalidade, da mortalidade infantil e de um maior número de partos (múltiparas). Estes autores ainda fazem referência que estas mães (brasileiras de Guaratinguetá, do Estado de São Paulo) realizaram um menor número de consultas pré-natais.

Em Angola no Relatório Social 2013 apresentado pelo Centro de Investigação da Universidade Católica de Angola (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a) é indicado que quanto mais escolarizada é uma população, maior o nível de acesso à informação e a medidas preventivas (cobertura vacinal, melhor nutrição, melhores cuidados de higiene). O *Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População 2008-2009* (I.B.E.P., 2008-2009) demonstrou que as taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil são mais elevadas nas áreas rurais do que nas urbanas.

O nível de escolaridade permite ao sujeito acesso e melhor compreensão de mensagens, nomeadamente as de ordem preventiva, o que pode afetar a sua saúde. Daí que a literacia (entre outros fatores) facilite o acesso a informação e constitui um fator de promoção de saúde, tal como refere Nutbeam (2000). Este autor propõe algumas medidas de intervenção em promoção de saúde, tais como: literacia para a saúde, desenvolvimento pessoal e motivacional, participação social e comunitária, empoderamento da comunidade, legislação e práticas organizacionais, sem esquecer ações de carácter educativo como a escolar e parental. Porr *et al.* (2006) mencionam que menores níveis de literacia são prevalentes nos estratos sociais mais baixos (nomeadamente nas famílias monoparentais) e que devem ser capacitados no sentido de obterem os conhecimentos necessários para

melhor gerirem e controlarem as suas vidas, otimizando a saúde e o desenvolvimento dos seus filhos.

O nível de escolaridade pode, assim, tornar-se decisor da situação socioeconómica bem como ser determinante para a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Estes aspetos foram demonstrados por Ferreira e Santana (2003), num estudo que pretendeu analisar (através do SF-36)⁷ a sensibilidade de determinados parâmetros relacionados com a saúde e a qualidade de vida e correlacionar os diferentes níveis de ensino. Foi utilizada uma amostra de 2.459 pessoas, entre os 18 e 64 anos, de áreas urbanas e rurais de Portugal. Concluíram que o estado de saúde percebido diminuiu com a idade, a baixa escolaridade e quando se é do sexo feminino, tais aspetos sugerem ter impacte negativo sobre a qualidade de vida. Verificaram que pessoas com níveis mais baixos de escolaridade demonstram pontuações mais baixas em relação à saúde do que aqueles que possuem um mais elevado nível de escolaridade.

O relatório anual da União Europeia sobre Igualdade de Género⁸ indica que viúvas e famílias monoparentais (principalmente as mães) são grupos sociais considerados vulneráveis. Afirmam que mais de um terço destas famílias usufruem de rendimentos insuficientes para fazer face às suas necessidades e despesas da vida diária (U.E., 2014).

A investigação sobre as determinantes sociais da saúde é ampla e complexa. A determinante mais exaustivamente estudada tem sido a hierarquia socioeconómica e o subsequente impacte da pobreza e privação sobre a saúde. É largamente assumida a relação entre o baixo estatuto socioeconómico, individual e familiar, e os baixos níveis de saúde (Nogueira e Remoaldo, 2010, p. 106). Vejamos os seguintes estudos. Em Inglaterra e Gales concluiu-se que a mortalidade aumenta de forma consistente com a diminuição do estatuto socioeconómico dos indivíduos (Sloggett e Joshi, 1994). Nos E.U.A. e mais especificamente na Califórnia, verificou-se que a população residente nos locais socioeconomicamente mais desfavorecidos de *Alameda County* apresentava um risco acrescido de morte, de cerca de 53%, comparativamente com os residentes nos locais mais favoráveis da mesma área (Yen e Kaplan, 1999).

⁷ *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey* é um questionário de autoaplicação, que avalia a qualidade de vida, em 36 *itens*, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspetos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspetos sociais, aspetos emocionais e saúde mental.

⁸ O termo 'género' ao longo deste trabalho. Será adotada a definição enunciada por Scott (1990, p. 21): (...) *género é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos (...) é uma forma primeira de significar as relações de poder*. Esta autora considera que associado a este conceito de género estão fatores de ordem sociocultural, políticos e normativos, que fazem parte da identidade subjetiva de cada um. Em suma, entende-se que género é uma categoria social que se centra na construção social e cultural da feminilidade e da masculinidade e parte-se do princípio de que as mulheres estão mais limitadas, em termos sociais, ao modo de atuação mais racional/material e local (corpo e ambiente imediato), enquanto a sociedade espera que os homens atuem a um nível mais abstrato, concedendo-lhes um maior campo de atuação, e sendo o domínio político um exemplo (Remoaldo, 2016).

Na Nova Zelândia, concluiu-se que os riscos para a saúde tendem a aumentar proporcionalmente com os níveis de privação socioeconómica, sendo maior o prejuízo para a saúde em áreas urbanas (Hales *et al.*, 2003).

Em Amesterdão, a população com baixo poder económico enfrenta um maior risco de obesidade (20%), de sofrer de doenças incapacitantes de longa duração (30%) e de fumar (23%) (Reijneveld, 1998).

No Japão, há suportes científicos que comprovam a relação entre baixo estatuto socioeconómico e pior saúde, conduzindo à morte precoce dos indivíduos residentes em áreas mais desfavorecidas (Fukuda *et al.*, 2004).

Na Suécia, verificou-se que o nível de privação ao nível dos recursos socioeconómicos em determinadas áreas de residência, estava positivamente correlacionado com a taxa de incidência de doença cardíaca coronária (Sundquist *et al.*, 2004).

Na Escócia (cidade de Glasgow), comprovou-se que os residentes em áreas mais carenciadas têm uma esperança de vida aproximadamente doze anos mais baixa, em relação àqueles que residem nas áreas mais prósperas (Marmot, 2006 *apud* Nogueira e Remoaldo, 2012). Na mesma cidade, Navarro (2009) refere haver uma diferença de 28 anos, na esperança de vida de um operário não qualificado para um empresário com um escalão superior de rendimentos. Mais recentemente, Brown, O'Reilly, Gayle, Macintyre, Benzeval e Leyland (2012) realizaram um estudo longitudinal em diversas áreas/cidades Escocesas e verificaram que nas áreas mais carenciadas e de maior privação a população exibia pior saúde.

Contudo, nem todos os estudos sobre determinantes em saúde conferem destaque aos aspetos socioeconómicos. Potter e Perry (2006, *apud* Casanova, 2014) defendem que a saúde e o bem-estar são principalmente influenciados pelo comportamento individual, estilo de vida, opções/escolhas do sujeito, aspetos biológicos e genéticos. Colocam ênfase no próprio sujeito e nas suas características individuais e deixam para segundo plano os fatores socioeconómicos.

A este respeito há estudos atuais (*e.g.*, Silva e Nogueira, 2014), que clarificam o papel de características individuais (como os comportamentos, fatores biológicos e psicossociais) e das características contextuais e ambientais (redes sociais, suporte social e condições de trabalho) como fatores de impacto na saúde. Por exemplo, o lugar de residência tem um papel expressivo enquanto mediador das relações sociodemográficas que ocorrem durante a vida das pessoas, desde a gestação, infância até à idade adulta. Esse lugar ou ambiente

económico e social nas suas componentes físicas e sociais (rede de transportes públicos, disponibilidade de habitação e alimentos saudáveis, infraestruturas desportivas, organização social, capital social, reputação e segurança do lugar) podem afetar a saúde e os comportamentos relacionados com a saúde das pessoas (Santana, 2005).

Precioso (1992) também considera as influências ambientais/contextuais sobre a saúde de uma população/comunidade. Este autor subscreve o proposto por Lalonde em 1974, considerando que a saúde é multideterminada por quatro fatores: *biologia humana*, *meio ambiente*, *estilo de vida* e *sistema de organização da saúde*. Assinala, ainda que, de todas as determinantes a *biologia* é a única que não pode ser contornada, pois resulta da constituição orgânica, da herança genética e inclui o processo de envelhecimento. Esta afirmação era verdadeira há várias décadas atrás, antes dos avanços da Medicina e dos progressos da Biologia molecular e genética, passando a ser possível a manipulação de alguns fatores biológicos. Vejamos, por exemplo, o caso de uma mulher que tenha dificuldades em engravidar, ou um marido tendencialmente infértil. Com os progressos da Medicina, nomeadamente da Procriação Medicamente Assistida, um casal com dificuldades em engravidar, pode ser ajudado com técnicas de inseminação artificial ou *In Vitro*, alterando esta incapacidade para gerar filhos. Inclusivamente, a partir do genoma humano pode prevenir-se o aparecimento de algumas doenças. Portanto, destacam-se aqui determinantes em saúde de ordem mutável/imutável.

Quanto ao segundo fator, o *meio ambiente*, envolve fatores externos nas suas dimensões socioculturais, psicológicas, biológicas, químicas e físicas. No que concerne ao terceiro facto, o *estilo de vida*, este caracteriza-se pelas escolhas e opções de saúde efetuadas pelo sujeito, nas quais se incluem o emprego e os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e a atividades de lazer. Por último, o *sistema de saúde* representa a acessibilidade aos cuidados de saúde, quantidade, disponibilidade e cobertura. A importância e peso de cada fator oscila de país para país, dentro de cada país, e de região para região.

Importa destacar o uso que se faz do território, pois quando falamos em saúde de uma população não importa apenas conhecer a existência e acessibilidade a sistemas básicos de saúde, equipamento médico e profissionais de saúde, há uma multiplicidade de fatores ambientais, como a existência de saneamento básico, ar puro, boa nutrição, cuidados de higiene, que devem ser tidos em linha de conta pois influenciam a saúde e permitem considerar um território ou lugar saudável (Souza, 2003, 2009).

A geografia das determinantes ambientais da saúde, caracteriza os contextos pela sua capacidade para promover saúde – *territórios de oportunidade* – em oposição a territórios

que a degradam – *territórios de vulnerabilidade e risco*. Acresce que os dois níveis de desvantagem (individual e contextual) mencionados se combinam de forma interativa e sinérgica para produzir desigualdades em saúde (Remoaldo e Nogueira, 2012).

Nogueira (2008a, p. 71) entende por cidades saudáveis aquelas que *procuram proporcionar às suas populações mais saúde e melhor qualidade de vida, permitindo-lhes desenvolver as suas potencialidades*. Esta preocupação surge devido aos processos de urbanização e desenvolvimento das cidades, que acarretam vulnerabilidades à saúde (e.g., poluição ambiental, atividades industriais e conversão dos ecossistemas), pelo que emergiram conceitos como “saúde urbana” e “espaços urbanos saudáveis”, isto é, capazes de promover a saúde através da transformação dos espaços (Nogueira e Remoaldo, 2010, p. 121). O conceito de cidade saudável é interdisciplinar incorporando ideais da saúde pública e de várias disciplinas como a Geografia, a Sociologia, o Planeamento Urbano, a Ecologia, a Política, a Economia e a Filosofia. O movimento das cidades saudáveis é global e envolve cidades em todo mundo. Na Europa existem mais de 1.200 cidades saudáveis, distribuídas por 30 países (Nogueira e Remoaldo, 2010). Por exemplo, em Portugal, existem 45 cidades, de acordo com a página oficial da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (<http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis#c>).

Fitzpatrick e LaGory (2000 *apud* Nogueira e Remoaldo, 2010, p. 131) referem-se aos problemas da saúde urbana, utilizando a expressão *urban health penalty*. Estes autores consideram que há cidades em que coexistem fatores que influenciam negativamente o estado de saúde dos seus habitantes⁹, como a má nutrição, a pobreza, o desemprego, a degradação das habitações, a violência, o isolamento e a falta de interação social.

Deste modo, salientamos a importância da criação de áreas ou espaços verdes nos espaços urbanos, que possibilitem aliviar as pressões da vida agitada das grandes cidades, assim como, facilitar a regularização da temperatura, a renovação do ar, aumentar a permeabilidade dos solos e a biodiversidade, além de facultar aos cidadãos um espaço de convívio com a natureza, passeio, lazer, a possibilidade de prática de exercícios para benefício físico e mental (Silva e Nogueira, 2014). Estas autoras afirmam que *lugares saudáveis geram comportamentos saudáveis* (p. 120), destacando a importância do planeamento urbano saudável, para uma melhoria da qualidade do ambiente, promoção da

⁹ A exposição de crianças a um campo eletromagnético no raio de 300 metros de distância de linhas de alta tensão predispõe ao desenvolvimento de cancro linfático e de cancro da medula óssea, na idade adulta. Aqueles expostos no raio de 50 metros de distância de uma linha de alta tensão apresentaram o dobro de risco de desenvolver estes tipos de cancro do que aqueles que nunca residiram no raio de 300 metros de distância de acordo com pesquisas realizadas pela University of Tasmania e pela University of Bristol (Lowenthal *et al.*, 2007).

qualidade de vida e do bem-estar dos cidadãos. Neste sentido, aludimos à definição de lugar que Milton Santos (2013, p. 68) destaca como *um lugar funcional à sociedade como um todo*. Este autor entende que os espaços/lugares não são apenas espaços físicos, mas também espaços sociais e relacionais. Considera os territórios como ativos e não passivos, no sentido em que é neles que se dá a livre cidadania, com respeito pela cultura. A componente territorial supõe, de um lado, uma instrumentação do território capaz de atribuir a todos os habitantes os bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa; e de outro lado, uma adequada gestão do território, pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada (Santos, 2013). O que este autor pretende destacar é aquilo que ele apelida de *modelo cívico-territorial*, em que os indivíduos exercem a sua livre cidadania enraizada numa cultura e não dependente de uma economia. Ele entende que a vida social atende à interação e interdependência dos seguintes fatores: *o dado institucional, o dado econômico, o dado cultural e o dado individual* (p. 83).

Na mesma linha, encontramos autores como Santana (2004, p. 22) que observa que o lugar ou o território não é só o espaço onde as pessoas vivem, *é também o espaço social onde se estabelecem as interações sociais* (onde ocorrem os acoplamentos estruturais). A autora assevera, ainda, a *importância da coesão social e do capital social na saúde da população*, sendo por isso necessário empoderar as populações *aumentando a capacidade de intervenção cívica e a participação dos cidadãos na resolução dos seus problemas reforçando o capital social das comunidades* (p. 25).

Gatrell e Elliot (2009, p. 12) vão um pouco mais longe referindo que *modern public health sees the environment as social and psychological, not merely as physical. In this sense 'environment' and 'place' converge to provide a spatial context for health that transcends the individual's own behavior and health outcomes*.

A Organização Mundial de Saúde refere como *ambientes tóxicos* os espaços assinalados pelo declínio socioeconómico, corresponsáveis pelos baixos níveis de saúde nas populações mais pobres e pelas crescentes iniquidades em saúde (W.H.O., 2008).

Em março de 2011, a O.M.S. organizou em Espanha, nas Astúrias, uma *Conferência Internacional sobre os determinantes ambientais e ocupacionais do cancro: intervenções para a prevenção primária*. Este evento alertou para a proliferação de doenças, tais como, o cancro causado por intoxicação/contaminação química, e os transtornos psicológicos que são também consideradas doenças ambientais potenciadas por situações aversivas nos locais de trabalho, que favorecem o desenvolvimento de depressão, *burnout* e de suicídio.

Salientou, também, a importância da prevenção primária, para que se evitem mortes e se economizem milhões de dólares nas despesas com a saúde (W.H.O., 2011a).

Em Angola, por exemplo, apenas entre 50 e 60% da população tem acesso aos serviços de saúde, 43% tem acesso a água potável e 60% tem acesso a saneamento (W.H.O., 2013). Tais condições tornam as populações mais vulneráveis a doenças como a malária e a tuberculose. Sendo a malária a principal causa de morte em Angola, estima-se que seja responsável por, aproximadamente, 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna. Está associada a cerca de 35% da procura de cuidados curativos, 20% do internamento hospitalar, 60% das admissões de crianças antes dos 5 anos e 10% das grávidas (U.S.A.I.D., 2010a, *apud* Simões *et al.*, 2012).

Saliente-se que a população angolana depende do uso de combustíveis (tóxicos) para inúmeras atividades de subsistência, desde gerar energia elétrica, ao uso de eletrobombas para a distribuição de água nas suas casas e para confeccionar refeições. Além destes aspetos, salientam-se as condições precárias habitacionais, débil distribuição de água potável e saneamento básico, acesso deficitário a cuidados básicos de saúde, baixa utilização da consulta pré e pós-natal, baixa utilização de programas de imunização e deficiente alimentação. Todas estas condições sociocomunitárias, podem ser agravadas por situações de desemprego ou de precarização do trabalho, as quais agudizam outras doenças ambientais como os transtornos psicológicos de stress, *burnout* e depressão.

As determinantes em saúde podem atuar por diferentes mecanismos de causalidade, sejam individuais ou contextuais. Esses processos de causalidade envolvem múltiplos fatores e níveis que interagem e se condicionam mutuamente, pelo que só podem ser compreendidos numa perspetiva global (holística) permitindo uma análise integradora e intersectorial das determinantes em saúde. No entanto, essa análise é também local ou contextualizada, no sentido em que é vinculada a um determinado lugar (Nogueira e Remoaldo, 2010). Sendo assim, os mais pobres ou desfavorecidos têm uma qualidade e uma esperança de vida inferiores, isto é, vivem menos e estão mais vezes doentes (W.H.O., 2003). Tais fatos alertam para a importância dos lugares/contextos e estilos de vida.

Paula Santana (2014) considera fulcral a redução da mortalidade e morbilidade que são excessivas e afetam os mais desfavorecidos, pobres e excluídos. Para tal, propõe algumas áreas de atuação, nomeadamente, através da educação para a saúde de crianças e jovens raparigas, para o alcance de benefícios futuros no âmbito do planeamento familiar, da educação alimentar, do controlo do peso, da aquisição de comportamentos e hábitos saudáveis. Aposta no alcance e poder que a informação tem sobre a adoção de

comportamentos saudáveis e o conseqüente desencorajamento de padrões de consumo (tabaco, álcool e outras drogas) que impactam negativamente a saúde e reforçam as desigualdades e a pobreza. A autora sugere ainda, a identificação das necessidades populacionais, tais como o acesso a bens de consumo (*e.g.*, água potável, saneamento, habitação e alimentação) e criação de meios de resposta, como a formação e preparação de profissionais de saúde para atuação nesses grupos considerados de risco.

Consideram-se, portanto, determinantes para a saúde ou doença, fatores individuais, comportamentais, bem como ambientais e contextuais. Subscrevemos Santana *et al.* (2006) que mencionam que os níveis de saúde ou doença são plurideterminados, pelas oportunidades de vida, estruturas sociais, políticas, económicas e culturais de um contexto e ambiente onde se desenrola a atividade humana, os seus comportamentos e as escolhas individuais.

No mesmo sentido e mais recentemente, Marmot e Allen (2015) referem que as determinantes sociais da saúde correspondem às características ou condições do local em que a pessoa nasce, como acesso a água potável, abrigo, desigualdades de poder (políticas públicas) e recursos económicos, conjudadas com o estilo de vida e nutrição. Estes autores defendem que, no cerne da ação sobre os determinantes sociais da saúde está o compromisso em criar sociedades socialmente inclusivas e justas, pois há sempre a possibilidade de fazer algo, fazer mais, e fazê-lo melhor. Para este alcance são necessárias políticas universalistas, em que os esforços empreendidos sejam proporcionais às necessidades. Debrucemo-nos agora sobre as desigualdades em saúde.

1.5.2. Desigualdades em saúde: o papel do território e do ambiente

Em 2011, a O.M.S., na Declaração Política do Rio (no Rio de Janeiro) sobre Determinantes Sociais da Saúde, reconheceu a responsabilidade dos governos pela saúde dos indivíduos, reafirmando a importância da promoção da igualdade em saúde para o desenvolvimento sustentável, melhoria da qualidade de vida e bem-estar, o que concorre para a promoção da paz e segurança. Nesta declaração, sublinhou-se a ideia de que o contexto social em que as pessoas nascem, se desenvolvem, vivem, trabalham e envelhecem, é responsável pelas desigualdades em saúde. Tal acontece porque esse contexto contém em si algumas das determinantes sociais da saúde - como educação, situação económica, emprego, trabalho digno, condições habitacionais e ambientais, sistema de saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como experiências do sujeito

nos primeiros anos de vida (predizem o futuro sucesso escolar, acadêmico, profissional/empregabilidade e ainda a boa saúde pessoal) - que concorrem com as escolhas individuais e estilo de vida do sujeito, influenciando a sua saúde. Já em 2003, Glouberman e Millar indicavam esses determinantes como decisivos sobre a saúde dos indivíduos, assim como fatores genéticos e aspetos do ambiente laboral.

Sabemos que saúde, doença e fatores como a mortalidade e a morbidade estão distribuídos de forma desigual em cada sociedade, entre regiões e países, o que afeta os indivíduos também de forma díspar tendo em conta a posição que ocupam na estrutura social. Estas desigualdades são muito difíceis de combater (Nogueira e Remoaldo, 2012).

Paula Santana (2014, p. 79-82 e 85) expõe os seguintes fatores como estando na base das desigualdades em saúde e aponta alguns dados explicativos.

Começando pela idade, as taxas de mortalidade têm o ponto mais baixo entre os 5 e os 14 anos e são mais altas na infância e após os 40 anos vão duplicando em cada 10 anos. A morbidade aumenta com a idade, particularmente no caso das doenças crónicas e as doenças infecciosas são mais frequentes entre os mais jovens ou idosos e nos que são vulneráveis do ponto de vista biológico, económico e social.

Em relação ao género, as taxas de mortalidade são mais elevadas nos homens e as taxas de morbidade são mais elevadas nas mulheres. São estas as que mais facilmente recorrem a serviços médicos ou consultas e por isso atuam mais precocemente sobre as enfermidades. Cabral (2002, *apud* Tereso, 2011) afirma que as mulheres recorrem mais ao médico do que os homens, procurando mais cedo ajuda e encontrando explicação na mais acentuada socialização feminina.

O estado civil também tem implicações sobre as taxas de mortalidade, que são mais elevadas nos divorciados, seguindo-se os viúvos, os solteiros e por último os casados.

No que concerne à dimensão das famílias, as numerosas são usualmente mais desfavorecidas economicamente, o que as torna mais vulneráveis em termos de saúde, pelas dificuldades de acesso e inclusivamente devido à idade em que muitas vezes concebem os seus filhos, o que aumenta a probabilidade de ocorrência de malformações.

A frequência e severidade com que muitas doenças se manifestam, diferem segundo o grupo étnico. Os africanos exibem taxas mais altas no que concerne a doenças cardíacas, hipertensivas, acidentes vasculares, sífilis e cancro do colo do útero, tuberculose, acidentes e homicídios. Este último fator, a criminalidade, gera sentimentos de insegurança e de medo, leva a alterações da vida diária e do estado emocional das pessoas, que alteram o seu comportamento e estilos de vida saudáveis como caminhar em espaços públicos e

relacionar-se com vizinhos e familiares, socializando menos. Todas estas situações têm implicações negativas sobre a saúde.

O desemprego está associado a longos períodos de morbidade, principalmente do foro psíquico. Este facto também se associa a comportamentos e estilos de vida menos saudáveis, como o consumo de tabaco, de bebidas alcoólicas ou de outras drogas que não sejam lícitas e como consequência podem surgir problemas físicos e mentais graves, incluindo a morte prematura, tal como refere a W.H.O. (2003, p. 20).

O rendimento está fortemente associado às taxas de morbidade e mortalidade. Quanto mais baixo for o rendimento mais elevados são os níveis de ambas as taxas, em particular nas sociedades menos igualitárias. Obviamente que o acesso a bens (escolha de produtos alimentares, dieta pobre ou desequilibrada) e serviços (acesso a apoio clínico, uso ou frequência de ginásios) se torna dificultado quando as famílias possuem baixos recursos económicos. Esta situação afeta, invariavelmente, a saúde dessas pessoas, cujos locais onde vivem e a própria habitação em si, são fatores que elevam a probabilidade de doença.

O clima também se associa positivamente com as taxas de morbidade e mortalidade. É sabido que doenças parasitárias como a malária e a dengue (entre outras doenças tropicais) proliferam e são mais frequentes em determinadas estações do ano. A sua incidência é mais elevada nos meses quentes e chuvosos. Também se verifica uma maior morbidade e mortalidade quando as temperaturas atingem os valores mais baixos e os valores mais altos.

Salientamos ainda o papel do ambiente como tendo implicações na saúde das pessoas. Fatores ambientais como a poluição do ar interior e exterior, a água contaminada e o saneamento deficiente, afetam maioritariamente os mais desfavorecidos. Efetivamente, a poluição do ar interior mata onze vezes mais indivíduos que vivem em países com um Índice de Desenvolvimento Humano (I.D.H.) baixo do os que vivem noutros países com elevado I.D.H. (P.N.U.D., 2011). Acrescentamos ainda que o próprio ambiente no seu aspeto social, de inter-relação, nomeadamente o ambiente laboral, pode proporcionar a saúde ou a sua ausência. Como vimos anteriormente a falta de emprego/trabalho é fator gerador de perturbação mental. No entanto, se as exigências no local de trabalho forem significativas e excederem os recursos do próprio trabalhador (isto é, se ele tiver um baixo controlo sobre as tarefas), ele vivenciará sofrimento, que poderá desencadear doença mental. Tal como menciona a W.H.O. (2003, p. 18) *Stress in the workplace increases the risk of disease. People who have more control over their work have better health.*

Estas preocupações levam ao estudo sobre ambientes saudáveis e à investigação e aplicação dos princípios da psicodinâmica do trabalho, a qual estuda as implicações do trabalho, mais propriamente da sua organização, sobre a saúde dos trabalhadores. Este aspeto será abordado de forma mais aprofundada no *item* 1.6. da presente tese.

A literatura revela que sujeitos residentes em áreas rurais periféricas e suburbanas estão expostos a maiores riscos para a saúde, uma vez que os desafios são significativos, nomeadamente nos espaços rurais, onde os indicadores de saúde apresentam valores mais baixos do que nas áreas urbanas (P.N.D.S., 2012). Nogueira e Remoaldo (2010) mencionam um estudo efetuado na Califórnia, nos anos de 1980 por Haan *et al.* (1987), que indica que os indivíduos que residem em áreas de grande privação experienciam mais elevadas taxas de mortalidade, quando comparados com os que vivem em áreas de menor privação. Tais fatos comprovam a influência de fatores socioeconómicos e do rendimento das famílias, sobre a saúde.

Estes indivíduos, por vezes, vivem isolados do resto da população, como os idosos e os grupos com baixos salários (*e.g.*, famílias monoparentais), representando uma forma de pobreza. Há ainda os desempregados de longa duração e os que vivem em situação de exclusão social (dependentes de drogas, álcool, ex-reclusos, imigrantes recentes, ou sem abrigo). Algumas destas situações de vida prendem-se com escolhas e percursos de vida, como o abandono escolar precoce, comportamentos de risco, precaridade de emprego e imigração. Porém, todos estes aspetos traduzem-se usualmente em consequências negativas para a saúde (Santana, 2005).

As desigualdades tornam-se mais salientes nas grandes cidades, como Luanda, onde se exacerbam os problemas relacionados com a pobreza e o desemprego. Vários são os fatores de risco que se conjugam resultando em elevados riscos para a saúde da população: deficientes serviços básicos de saúde, deficiente gestão ambiental e ordenamento do território, poluição (*indoor* e *outdoor* devido ao uso de combustíveis para a confeção de refeições e uso de geradores para abastecimento elétrico), transportes públicos insuficientes e rede habitacional insuficiente, precária e degradada, ruído, trânsito caótico em diversos pontos da cidade, acidentes de trânsito e insegurança. Estes são alguns dos fatores que contribuem para deteriorar os níveis de saúde da população de Luanda. Importa ainda destacar a fragilidade das redes sociais, bem como a falta de suporte familiar e/ou a desestruturação familiar, decorrentes do êxodo rural. Este último ocorre, porque os indivíduos vão em busca de melhores condições de vida, emprego e remuneração. A conjugação destes múltiplos fatores contextuais, sociais, ambientais, concorrem para a

diminuição da autoestima, aumento do isolamento, da ansiedade, do *stress* e ainda, contribuem para a emergência de problemas psicossociais, como o consumo de drogas e a criminalidade.

À conjugação de fatores que acabamos de expor, Nogueira (2008b) apelida de *Geografia do risco* por serem fatores de vulnerabilidade e risco para a saúde. A autora considera que a vulnerabilidade ou oportunidade de um local reside em características concretas, identificáveis e por isso podem ser avaliadas e modificadas.

Consideramos, em concordância com Moacyr Scliar (2007), que os governos têm responsabilidade na melhoria no setor da saúde, salientando a importância dos cuidados primários de saúde. O processo de desenvolvimento social e económico de um país deve integrar o sistema nacional de saúde, a educação em saúde, uma nutrição adequada, o saneamento básico, os cuidados materno-infantis, o planeamento familiar, a imunização, e a prevenção e controlo de doenças endémicas. Tomemos como exemplo o empenho do governo provincial da cidade de Rosário, na Argentina, onde residem cerca de um milhão de habitantes, que desenvolveu um sistema de saúde pública cuja base são os centros de atenção primária, totalmente gratuita para toda a população, garantindo assim acesso universal e igualitário, tendo reduzido significativamente a mortalidade infantil (de 25,9% em 1988 para 11,4% em 2002) e o número de consultas subiu 314% (O.M.S., 2011). O foco na abordagem dos cuidados primários favorece as prioridades de saúde das populações, melhora as condições de saúde, facilita o acesso aos mais desfavorecidos, tornando as sociedades mais inclusivas e reduzindo as desigualdades em saúde, mas para tal, é necessária vontade política.

As desigualdades em saúde resultam de diversos fatores, para além da área de residência, da etnia, do estado civil e até do género. Considerando este último fator - visto como uma categoria social que define a construção sociocultural da feminilidade e masculinidade - como uma determinante de saúde, poder e prestígio, é também motivo de desigualdades na distribuição e acesso a recursos, benefícios e responsabilidades.

Por exemplo, a atividade profissional é assumida como um fator de grande desigualdade entre géneros. A desigualdade entre géneros tem raízes históricas, bem como a conquista do mundo do trabalho e visibilidade social pela/da mulher. Há diversas abordagens (*e.g.*, a estruturalista, a marxista, a neoclássica) que analisam sob distintas perspetivas a divisão sexual do trabalho, porém não nos cabe aqui desenvolver ou explorar esta temática. Apenas queremos salientar que a subordinação da mulher emerge da forma como a própria sociedade está organizada, fazendo-a progredir ou dificultando esse

desenvolvimento. Houve, portanto, várias conjunturas (económicas, culturais, políticas e religiosas) que levaram a mudanças na relação entre os géneros e que fizeram com que as mulheres lutassem pelo seu espaço. Deste modo e fruto da Revolução Industrial (século XIX) as mulheres foram integradas nas indústrias e fazendo parte da força de trabalho produtivo, e começaram a exigir legitimação e reconhecimento através de um trabalho assalariado (Torres, 2006).

As mulheres angolanas, parecem ser menos instruídas que os homens, uma vez que segundo dados do I.N.E. (2013), a taxa de alfabetização masculina é de 82,7 e a feminina é de 58,1%. Em Angola, a estrutura institucional que mais apoia as mulheres é o M.I.N.F.A.M.U. (Ministério da Família e Promoção da Mulher). Este é o Departamento Ministerial do Executivo Angolano responsável pela definição, coordenação e execução da política nacional para a promoção da igualdade de género, defesa e garantia dos direitos da mulher e da família e promoção do desenvolvimento socioeconómico das comunidades rurais (M.I.N.F.A.M.U., 2013).

Numa sociedade marcada pela desigualdade de género, como a angolana, a mulher convive com inúmeras desigualdades de salários e chega a ser até mesmo vítima de assédio e estigmas, como o da maior fragilidade e menor capacidade intelectual (Rodrigues *et al.*, 2006). Estes são alguns dos obstáculos que a mulher angolana enfrenta para se inserir no mercado formal de trabalho, para ascender na carreira e qualificar-se. Pereira (2005) indica três razões que explicam as desigualdades de género no mercado de trabalho em Angola: o movimento migratório para áreas urbanas devido à guerra civil, aumentou a procura de emprego e afetou principalmente as mulheres, devido às baixas qualificações; instabilidade económica devido ao processo de transição da primeira para a segunda república, a evolução para o multipartidarismo e economia de mercado; e carência de políticas públicas que salvaguardassem os interesses das mulheres e as protegessem das mudanças decorrentes do processo de transição económica (privatizações e liberalização económica).

Assim, para sobreviver e garantir o sustento familiar, a mulher angolana, como muitas mulheres em todo o mundo, realizam trabalho informal não remunerado. Sujeitam-se, muitas vezes, a uma carga de trabalho e horária superior à do homem e sem qualquer tipo de direitos, regalias, ou apoio do Estado. Relativamente ao Ensino Superior não existe informação específica oficial que permita confirmar se também neste setor as mulheres detêm menos direitos, menos regalias ou diferenças de salário. Contudo a partir da literatura disponível, nomeadamente o Anuário Estatístico do Ensino Superior 2015, percebemos que se trata de um universo predominantemente masculino, uma vez que nas

I.E.S. (Instituições de Ensino Superior) públicas apenas 28% dos docentes são mulheres e nas privadas ainda são menos (22%).

No que concerne a diferenças de salário, de acordo com WageIndicator para 2015, apenas no Ruanda, no Gana e na Tanzânia, as mulheres auferem mensalmente mais do que os homens. Em Angola, as diferenças salariais são mínimas, de menos 4% para as mulheres (<http://www.meusalario.org/angola/main/salario/graficos-sobre-a-desigualdade-salarial> - acesso a 7 de junho de 2015).

A Associação Industrial Portuguesa (A.I.P., 2010) num Estudo de Mercado sobre a Província de Luanda concluiu que mais de metade da população que habita na capital Luanda realiza trabalho no setor ou economia informal e em atividades agrícolas. DeGraff e Anker (2004) indicam que nos países menos desenvolvidos a força de trabalho feminino concentra-se mais na agricultura e menos no setor dos serviços e indústria, comparativamente com os países mais desenvolvidos, cujo trabalho feminino se concentra mais no setor dos serviços e menos na indústria. Segundo a A.C.T.U.A.R. (2010) a maioria da força de trabalho feminino nos países em desenvolvimento é no exercício de atividades de agropecuária, sendo a maior parte desse trabalho realizado nos meios rurais. Portanto, as mulheres acumulam diversas tarefas dentro e fora dos lares, sem serem reconhecidas em termos económicos.

A discriminação de género no local de trabalho é uma violação da lei Angolana, existindo o princípio de igual salário e acesso à informação, formação e possibilidades de carreira. A legislação sobre a segurança social, no que diz respeito a subsídios e pensões, também não é discriminatória (Valente, 2001).

Na Constituição Angolana de 2010, vários são os artigos que promovem a igualdade de género: o artigo 21º alíneas h) e k) indica, respetivamente, serem tarefas fundamentais do Estado a consagração de direitos e deveres iguais para homens e mulheres, bem como a promoção da igualdade de género; o artigo 23º declara os princípios de igualdade entre os quais a igualdade entre homens e mulheres; o artigo 35º assegura que o homem e a mulher são iguais no seio da família.

O Código da Família promove a igualdade entre géneros (Lei nº 1/88) através do estabelecimento de igualdade entre géneros e cônjuges em todos os aspetos da vida familiar (art. 3º), tais como, educação dos filhos, questões de propriedade (art. 54º e seguintes) e ainda, pune a negligência, a falta de apoio económico e abandono dos filhos. Em caso de morte de um dos cônjuges, o/a viúvo(a) tem direito aos benefícios resultantes do casamento, conforme disposto no artigo 75º (A.C.T.U.A.R., 2010). Contudo, a realidade

angolana distancia-se da definição de instituição familiar contida nesses documentos, uma vez que tanto nos meios rurais como nos urbanos, as famílias são frequentemente poligâmicas e aceites socialmente (Valente, 2001). A poligamia é praticada em Angola, apesar de proibida, e a sua incidência aumentou como consequência do conflito armado. A Constituição da República de Angola (2010) estabeleceu no artigo 223º, uma clara distinção entre direito civil e direito consuetudinário, determinando que a validade do direito consuetudinário e o poder das instituições tradicionais são apenas aceites caso não transgridam ou violem as disposições constitucionais e a dignidade humana (O.N.U., 2013).

O que se verifica é que apesar dos direitos das mulheres estarem contemplados na Constituição, na prática têm sido pouco efetivos, como referiu o representante angolano em 2004, na 32ª Sessão do Comité de Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (A.C.T.U.A.R., 2010). Este comité tem como objetivo orientar o trabalho de todas as pessoas e organizações que intervêm em defesa dos Direitos Humanos das Mulheres e condena todas as formas de discriminação (C.E.D.A.W., 2010). Não obstante, em 2016, ainda existe um longo caminho a percorrer em direção à igualdade de género.

Podemos concluir que cada contexto, cada ambiente, cada lugar, contém fatores nocivos ou patogénicos - também designados de tóxicos - mas também possuem agentes e/ou características que se podem considerar saudáveis. Cabe ao sujeito através das suas escolhas, atitudes e comportamentos, seleccionar e/ou transformar esses agentes em vantagens. Tal significa ser proactivo e agir salutogenicamente sobre os recursos e componentes disponíveis no meio (nas palavras de Antonovsky, 1991).

Após nos termos debruçado sobre as determinantes e desigualdades em saúde, consideramos relevante fazer uma breve abordagem ao conceito de saúde ocupacional, uma vez que o contexto de trabalho é um ambiente, considerado pela O.M.S. (2010c), potencialmente salutogénico, no sentido em que permite ao sujeito estruturar e encontrar sentido e identidade, mas também, devido às suas exigências ou características intrínsecas à sua organização, pode ser gerador de sofrimento ou patologia. O ambiente laboral é aquele em que cada ser humano passa mais horas do seu dia-a-dia e grande parte dos seus anos de vida (a vida dita ativa, produtiva).

1.6. Notas Conclusivas

Neste capítulo realizou-se uma análise sobre a noção e etimologia da palavra saúde, refletiu-se sobre a evolução do conceito de saúde, assim como, se analisaram os conceitos de educação para a saúde e de promoção da saúde.

Verificámos que o progresso destes conceitos é traduzido em diferentes *nuances* e preocupações, identificadas como temas prioritários, nas diversas Cartas das Conferências Internacionais de saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.).

O conceito de saúde passou do seu foco na doença ou na patologia (de acordo com o modelo biomédico) para um enfoque na promoção da saúde. Na Carta de Ottawa, em 1986 (I Conferência Internacional de Saúde), já se vislumbrava a preocupação com a promoção da saúde e do bem-estar pleno, pelo que se identificava como prioridade o processo de capacitar as pessoas (o empoderamento) para que aumentasse o seu domínio ou controlo sobre a sua saúde.

Com o processo de *empoderamento* os sujeitos adquirem capacidades, habilidades e recursos que permitem e facilitam tomadas de decisão, a gestão e controlo das suas próprias vidas/situações e contexto ambiental. Deste modo, cada um sentir-se-á capaz de se envolver ativamente em situações do foro social, cultural e político, no local em que se insere.

Neste sentido, destaca-se o Modelo Salutogénico de Antonovsky, um dos alicerces do nosso modelo concetual, por perspetivar saúde e doença como elementos que integram igualmente a vida das pessoas. O rumo à saúde, pode ser facilitado pelo local ou contexto onde o sujeito nasce, e faz-se mediante o uso de recursos denominados por G.R.R. (que são recursos pessoais e contextuais ou desenvolvidos pelo sujeito). A capacidade ou habilidade que o sujeito tem para manejar, gerir e utilizar esses recursos de forma eficaz, depende do sentido de coerência interno (S.O.C.) de cada um. Quanto mais forte for o S.O.C. maior a capacidade para reagir e gerir eventos.

Este capítulo findou com a análise das determinantes e desigualdades em saúde, enfatizando fatores ambientais e contextuais, como a acessibilidade geográfica e o seu impacte na saúde. É amplamente reconhecido que os sujeitos residentes em áreas rurais periféricas e suburbanas estão expostos a maiores riscos para a saúde.

Gostaríamos de aqui introduzir dois pontos de reflexão aos quais não nos cabe na presente investigação responder. Porém, a análise documental realizada e exposta nos seguintes capítulos, permitir-nos-á refletir sobre os mesmos: *Até que ponto, as políticas (públicas angolanas) nacionais de saúde estão a ser influenciadas pelas Conferências Internacionais de Saúde?*

Até que ponto, os profissionais de saúde angolanos conhecem, estão cientes, ou percebem como as propostas internacionais afetam a sua prática diária?

No capítulo que se segue serão exploradas as temáticas do trabalho e do sofrimento humano, à luz de diferentes perspectivas, das quais se salienta o contributo da Geografia do Trabalho, da Psicodinâmica do Trabalho e da Teoria da Autopoiesis.

Capítulo 2. Abordagem teórica sobre os conceitos de trabalho e de sofrimento

Neste capítulo são apresentados e definidos conceitos fundamentais sobre os temas de trabalho e sofrimento humano. São explanadas teorias e reflexões de alguns autores consagrados à escala internacional, como por exemplo, Eric Cassell, Christophe Dejours, Francisco Varela e Humberto Maturana. No entanto, antes de o fazermos, pretendemos aludir a um tópico que permite ligar a problemática da saúde à temática do trabalho e do sofrimento, como seja, o surgimento do conceito de saúde ocupacional.

2.1. Conceito de saúde ocupacional

Os registos mais antigos sobre saúde ocupacional remontam a 400 a.C.. Referiam-se às doenças decorrentes do trabalho em minas e à utilização de substâncias perigosas. Nessa altura, não se estabelecia qualquer relação causal de origem das patologias, descrevendo-se, apenas, os seus quadros sintomáticos (Antunes, 2009).

Em 1950, o Comité Misto O.M.S.-O.I.T. (a Organização Mundial de Saúde e a Organização Internacional do Trabalho) propôs um novo modelo para os profissionais de saúde no trabalho, o qual foi revisto em 1995, ampliando a antiga visão da Medicina do Trabalho. Assim, passou-se a avaliar não só o indivíduo, mas todo o grupo de trabalhadores que se expõem a agentes patogénicos, além de se assumir um papel capital na prevenção e promoção da saúde no local de trabalho (L. Oliveira, 2006; Antunes, 2009).

A Constituição e a Estratégia Global da O.M.S. para a *Saúde Ocupacional para Todos*, e as Convenções da O.I.T. sobre Saúde e Segurança Ocupacionais, ordenam que o direito fundamental de cada trabalhador (à escala internacional) deve ser garantido ao mais elevado padrão de saúde possível, sendo-lhe assegurado acesso a serviços de saúde ocupacional, independentemente da sua idade, sexo, nacionalidade, tipo de emprego e dimensão ou localização do local de trabalho (O.M.S., 1994).

A O.M.S. e a O.I.T. definem saúde ocupacional, como a área que se dedica à promoção e manutenção do mais elevado padrão de bem-estar físico e mental, e dos trabalhadores de todos os setores de atividade. Esta área ocupa-se, ainda, da prevenção das alterações de saúde provocadas pelas suas condições de trabalho, da proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes de fatores adversos no seu local de trabalho e procura proporcionar ao trabalhador, um ambiente de trabalho adaptado ao seu equilíbrio fisiológico e psicológico (I.S.P.U.P., 2012).

A par do progresso a nível tecnológico, químico e industrial, aumentou a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais. Contudo, essa evolução permitiu também a consciencialização sobre as condições em que se realizava o trabalho e os seus riscos para a saúde. Nessa época as doenças profissionais eram tratadas pela Medicina do Trabalho, que se dedicava simplesmente à cura das enfermidades provocadas pela atividade profissional (Oliveira e André, 2010).

Atualmente e em diversos países, o conceito de saúde ocupacional já passou a fase de combate aos acidentes de trabalho e às doenças profissionais, para dar lugar a uma fase de proteção ampla ou global dos trabalhadores e de todos os seus problemas ou dificuldades associadas à atividade profissional (Pereira, 1991, *apud* Antunes, 2009).

Em Portugal, os primeiros registos sobre Saúde e Segurança no Trabalho em Portugal, datam do início do séc. XIX, quando foi legislado e instaurado um serviço de inspeção sobre a Segurança no Trabalho com geradores e recipientes a vapor. Depois de várias legislações publicadas, em 1922, surge um regulamento de Saúde, Higiene e Segurança nos estabelecimentos industriais. No entanto, só em 1991, com o Decreto-lei nº441/91 de 14 de novembro, surge uma lei que protege todos os trabalhadores, obrigando e responsabilizando os empregadores pela garantia de condições de segurança, higiene e saúde no local de trabalho (Antunes, 2009).

Atualmente, os Serviços de Saúde Ocupacional são da incumbência da Direcção-Geral da Saúde (2012a), que tem como objetivo central garantir ambientes de trabalho saudáveis. Tem ainda, os seguintes objetivos gerais: prevenir e reduzir os riscos profissionais; proteger e promover a saúde da população trabalhadora; humanizar as condições de trabalho; promover a satisfação profissional e contribuir para melhores níveis de desempenho.

A Direcção-Geral da Saúde (D.G.S.) participou na definição da política de promoção e fiscalização da saúde do trabalho, através do Programa Nacional de Saúde Ocupacional (P.N.S.O.C.) com o objetivo estratégico de assegurar a saúde dos trabalhadores e, também, contribuir positivamente para a motivação e organização profissional, a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade, além de favorecer a produtividade e o nível das atividades económicas.

Na atualidade vigora um 2º ciclo (2013-2017) deste programa (P.N.S.O.C.) que reforça ou consolida o trabalho desenvolvido no 1º ciclo (2009-2012) e estimula a ação nacional para a proteção e a promoção da saúde no trabalho. O domínio da saúde ocupacional é amplo e por isso é necessária a interdisciplinaridade entre profissionais e

domínios científicos (Medicina do Trabalho, Psicologia, Enfermagem, Ergonomia, entre outros), as competências e conhecimentos devem contribuir de forma holística e integrada para o alcance de ambientes de trabalho saudáveis e seguros, e isentos de riscos (D.G.S., 2013).

O tema da saúde e segurança no trabalho é hoje um dos aspetos mais importantes e mais desenvolvidos da política da União Europeia relativamente ao emprego e assuntos sociais (C.C.E., 2007). Existe uma forte correlação entre o nível de saúde e segurança no trabalho, o desenvolvimento socioeconómico do país e a qualidade de vida e o bem-estar da população trabalhadora. Estes fatos indicam que os esforços económicos e intelectuais na saúde ocupacional (prevenindo e minimizando riscos no trabalho) não constituem em si um encargo, mas têm antes um impacto positivo na produtividade e economia nacional e de cada empresa. A saúde ocupacional é um fator importante do desenvolvimento socioeconómico, além de possibilitar aos trabalhadores desfrutar de uma vida produtiva e saudável durante e após os anos de vida ativa (O.M.S., 1994). Isto acontece porque um país ao investir em saúde e segurança no trabalho, promove a redução de custos diretos e indiretos, com a diminuição do absentismo e dos custos gerais em saúde. Paralelamente, também se observa um aumento do desempenho e da produtividade de uma empresa quando se assegura ao trabalhador a existência de prémios (O.I.T., 2011).

Em Portugal, estima-se que ocorram cerca de 4 a 5 mortes diárias relacionadas com o trabalho. Em 2010, ocorreu uma média de 591 acidentes de trabalho por dia (D.G.S., 2013).

Em Angola, é a Inspeção Geral do Trabalho (I.G.T.) que usufrui de competências para receber e analisar as participações de acidentes de trabalho e doenças profissionais. Tem ainda a incumbência de impor medidas adequadas para a correção e prevenção de riscos, segundo o artigo 4º nº 4 do Diploma Orgânico e Regulamento Interno da I.G.T., aprovado pelo Decreto-lei nº 9/95 de 21 de abril. Trata-se de um organismo integrado na estrutura do Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (M.A.P.E.S.S.), dependendo diretamente do respetivo Ministro (art.1º do Decreto-lei nº 9/95 de 21 de abril).

Angola é membro de Centro Internacional de Informação sobre a Saúde e a Segurança no Trabalho (C.I.S.), da Organização Internacional do Trabalho, desde 4 de junho de 1976. Deste modo, Angola propõe-se combater, dum ponto de vista não médico, as doenças profissionais. Identifica os fatores que podem afetar o ambiente de trabalho e o trabalhador, procurando reduzir ou eliminar os riscos profissionais, ou seja, as condições

inseguras de trabalho que podem afetar a saúde, a segurança e o bem-estar do trabalhador. Insiste também na educação e sensibilização/formação e capacitação dos trabalhadores para o uso de medidas preventivas, como o equipamento individual de proteção (E.P.I.). Como qualquer programa de prevenção de riscos profissionais, estas medidas contribuem, na empresa, para o aumento da produtividade e diminuição da ocorrência de acidentes laborais (AEP/BrazQuality, s/d).

Segundo o Relatório Anual de Atividades do Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (M.A.P.E.S.S., 2012), a Inspeção Geral do Trabalho (I.G.T.), registou em 2011 um total de 945 casos de acidentes de trabalho (comunicados pelas empresas), e desses casos, 445 foram considerados leves, 473 graves e 27 foram mortais. Estes acidentes originaram um absentismo de 177.320 dias e indemnizações, em custos diretos, na ordem de 20.446.634,99 Kwanzas.

Do total de acidentes participados diretamente à I.G.T., 469 ocorreram em Luanda (na capital), sendo a área da construção civil a mais afetada com um total de 203 casos. Contudo, foi no setor da indústria que se verificaram mais acidentes fatais (11) e mais dias perdidos e debitados (66.000). Das 18 províncias, apenas duas (Cuando Cubango e Moxico) não reportaram acidentes de trabalho. Quanto à incidência dos acidentes laborais por ramo de atividade, a construção civil registou 31,20% em relação ao total de casos, seguindo-se o comércio com 18,8% e a prestação de serviços com 15,8%. Os ramos de atividade com menor incidência de acidentes (0,04%) são os ramos da pesca, cultura e agricultura (M.A.P.E.S.S., 2012).

No âmbito da formação e prevenção de acidentes de trabalho, foram realizados 7 seminários de capacitação aos trabalhadores e membros das Comissões de Prevenção de Acidentes de Trabalho (C.P.A.T.), contando com um total de 83 formandos. Esses seminários tiveram lugar nas próprias instalações de 7 empresas e decorreram entre 24 de Abril a 14 de Novembro de 2011. Este trabalho preventivo estendeu-se às províncias onde se realizou um total de 40 palestras que abrangeram 2.233 participantes. O maior número de palestras e participantes verificou-se nas províncias de Bié (9 palestras e 703 participantes) e Cuando Cubango (7 palestras e 327 participantes). A Inspeção Geral do Trabalho (I.G.T.) realizou um total de 304 vistorias, em 13 províncias, sendo que 91 ocorreram em Benguela e 76 em Luanda.

Em Angola, o Regime Jurídico sobre Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais é estabelecido pelo Decreto nº 53/05 de 15 de agosto, o qual define as doenças

profissionais, como alterações patológicas da saúde geradas devido à atividade profissional, em trabalhadores que de forma habitual se expõem a fatores que estão presentes no meio ambiente de trabalho e que produzem doenças (art.6º, alínea 2 do Decreto nº 53/05, publicado no Diário da República de Angola, p. 1755).

O contexto laboral é muitas vezes potenciador de patologias ou lesões, nomeadamente as L.E.R./D.O.R.T. - Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo Articulares Relacionados ao Trabalho. Estas maleitas constituem um tipo específico de doença ocupacional, descrita no Brasil há sensivelmente vinte anos. Devido à gravidade dos sintomas e à crescente incidência entre trabalhadores de quase todas as atividades laborais, tornou-se o principal problema de saúde pública relacionado com o trabalho, sendo responsável por cerca de 80% dos reformados devido a doença ocupacional (equivalente a um *acidente do trabalho*) no Brasil. O Instituto Nacional de Seguridade Social (I.N.S.S.) conceitua esta doença como uma síndrome relacionada com o trabalho, na Instrução Normativa I.N.S.S./98 de 5 de Dezembro de 2003 (Brasil, 2001, p. 245 *apud* L. Oliveira, 2006, p. 12).

Daí a importância das adaptações ergonómicas do sujeito à tarefa, a centralidade da organização do trabalho, da avaliação e prevenção dos riscos psicossociais, profissionais/laborais, com a finalidade de cada trabalhador desenvolver a sua atividade com a máxima saúde física, social, psíquica e emocional. Ao atender a estas particularidades, ganha a saúde de cada profissional mas, também, o empregador por evitar o absentismo e a rotatividade.

O local de trabalho é o ambiente adequado para proteger e promover de forma eficaz a saúde mental dos trabalhadores (E.U., 2008). A Direção Geral de Saúde salienta que determinadas situações inerentes ao atual contexto socioeconómico (diminuição de salários, aumento dos despedimentos, perda do poder de compra, dificuldade em conciliar contexto familiar/profissional, precaridade) constituem um risco psicossocial associado à doença mental, observados através do comportamento e atitude desmotivada, aumento da rotatividade, absentismo e incapacidade prolongada (D.G.S., 2013).

Sendo assim, a partir da Conferência de Alto Nível da União Europeia realizada em 2008, a saúde mental no local de trabalho passou a ser considerada uma das áreas prioritárias (E.U., 2008; A.E.S.S.T., 2009). Esta Conferência espelha a política global adotada pela União Europeia (U.E.) em saúde mental e teve como objetivo gerar informação, promover boas práticas, encorajar os Estados Membros e os seus representantes a agir sobre estes desafios comuns e desigualdades em saúde. Foi salientado

que o nível de saúde mental e bem-estar da população são componentes fundamentais para o sucesso da U.E., nomeadamente ao nível do emprego, da coesão social e do desenvolvimento sustentável. Foi estimado que cerca de 11% da população apresenta alguma perturbação mental, sendo a depressão a mais destacada (U.E., 2008).

Como vimos, na *Declaração sobre Saúde Ocupacional para todos* da O.M.S (1994) é apontada a centralidade das atividades práticas de saúde ocupacional nos locais de trabalho. As entidades empregadoras são responsáveis pela conceção, planeamento, local, ambiente e organização do trabalho saudáveis e seguros, assim como pela manutenção e permanente melhoria da saúde e segurança no trabalho. A Declaração de Seul de 2008, sobre segurança e saúde no trabalho afirma *que um ambiente de trabalho seguro e saudável é um direito humano fundamental* (O.M.S., 2010a, p. 4). A Organização Mundial de Saúde (2010a, p. 6) define ambiente de trabalho saudável, como sendo *aquele em que os trabalhadores e gestores colaboram para o uso de um processo de melhoria contínua da proteção e promoção da segurança, saúde e bem-estar de todos os trabalhadores e para a sustentabilidade do ambiente de trabalho (...)*.

Entendemos que ambiente de trabalho não é apenas o contexto físico, mas também um espaço no qual se tem em conta aspetos/trocas psicossociais, em que as boas práticas poderão contribuir para a saúde, tal como vimos no modelo salutogénico. Assim, o espaço ou local de trabalho dá lugar a atitudes preventivas e promotoras de saúde, além de se procurar evitar doenças e acidentes de trabalho.

Seguidamente vamo-nos debruçar sobre o conceito de trabalho, formas de organização ou tipos de trabalho e suas implicações no corpo e psiquismo do trabalhador. Faremos uma pequena reflexão sobre a divisão sexual do trabalho, sobre o sentido e o significado que este tem para o sujeito e a sua relevância ou papel como construtor da identidade e mediador da integração social. E, por fim, os fatores que ditam o afastamento do trabalho e as questões do desemprego ou falta de trabalho.

2.2. Conceito de trabalho

A etimologia da palavra trabalho provém do latim vulgar, *tripalium*, que era um instrumento de tortura, feito com três paus (de madeira) utilizado para subjugar os animais e forçar os escravos a aumentar a produção (Borges e Yamamoto, 2004; Pereira, 2009; Melo, 2013). De *tripalium* derivou o vocábulo do latim vulgar *tripaliare*, que significa torturar (Martins e Pinheiro, 2006), verbo do qual hipoteticamente deriva o português

trabalhar. De acordo com o Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, de José Pedro Machado, em português, a palavra *trabalho* terá surgido no século XII (1977 *apud* Melo, 2013) e o seu significado encontra-se associado a sofrimento, dor e fadiga.

Na *Bíblia* o trabalho faz parte do plano divino na vida do homem: *Ora, uma só coisa é o que planta e o que rega; e cada um receberá o seu galardão segundo o seu trabalho* (I Coríntios 3, p. 8). No entanto, também surge com uma conotação negativa, de castigo devido ao pecado em Génesis (Gn, 3, p. 17 e 19): *maldita é a terra por causa de ti, com dor comerás dela (...) no suor do teu rosto comerás o teu pão*. Refere, ainda, que o homem que se recusa a trabalhar para sustentar a sua família nega a sua fé com as suas ações: *Mas, se alguém não cuida dos seus, e especialmente dos da sua família, tem negado a fé, e é pior que um incrédulo* (I Timóteo 5, p. 8) e ainda: *se alguém não quiser trabalhar, não coma também* (II Tessalonicenses 3, p. 10). Com Cristo, graças à redenção, o trabalho é restabelecido como uma benção divina, de realização da pessoa na comunidade humana, um ‘fazer’ que imita o ‘fazer criativo’ de Deus: *Ora, o que planta e o que rega são um; mas cada um receberá o seu galardão segundo o seu trabalho* (I Coríntios 3, p. 8).

No século V a.C., os Gregos cultivavam o pensamento, a reflexão e o ócio, pelo que todo e qualquer tipo de trabalho braçal era considerado aviltante para o ser humano, ficando a cargo dos escravos, das mulheres e das crianças (ou das populações muito pobres). O trabalho também era avaliado sob o aspeto de tortura sentida pelos escravos (...) *que serviam nas minas de prata de Láurio, na Grécia Antiga e os hiliotas em Esparta* (Ferreira, 1996 *apud* Melo, 2013, p. 392). Este conceito de trabalho, reduz a sua origem às atividades braçais ou manuais executadas pelos escravos. Aliás, a filosofia clássica caracteriza o trabalho não intelectual como degradante e destinado aos escravos, portanto uma atividade inferior, enquanto a política, e outras formas de atividade argumentativa, era uma atividade superior e não era considerada trabalho (Borges e Yamamoto, 2004).

No século XVIII, com a Revolução Industrial Inglesa, a Revolução Política Norte-Americana e a Revolução Francesa, o ato de trabalhar começa a adquirir uma conotação positiva, associada à capacidade e liberdade que o homem tem para produzir e transformar o meio envolvente. A par destas mudanças, emerge o capitalismo detentor das tecnologias e máquinas, exercendo uma exploração da mão-de-obra humana (após abolição política da escravatura). O trabalho começa, assim, a ser visto como *sinónimo de emprego com um salário fixo* (Campos e Teixeira, 2012, p. 440).

Sob o olhar da economia política clássica, no século XVIII, o conceito de trabalho adquiriu alguma virtude, por ser considerado a origem da produção material da vida

humana. Porém, reconverte-se em sofrimento, quando o observamos como pura fonte de rendimento e subsistência. À luz do capitalismo industrial, emerge a noção de trabalho assalariado. Num sentido moderno, é visto como a *atividade social que pode objetivar, descrever, analisar, racionalizar e prescrever em termos precisos uma série de operações concretas* (Hirata e Zariffian, 2007, p. 34).

Para Albornoz (1986 *apud* Rocha e Cardoso, 2009), o trabalho possui uma conotação positiva, pois num sentido geral e produtivo significa realizar algo que se traduz em resultados e que traz reconhecimento social, podendo ser sinónimo de esforço rotineiro e repetitivo, afetando ou exigindo mais da esfera física ou intelectual.

Para Vieira *et al.* (2007) apesar das distintas formas de considerar o trabalho, num sentido mais ou menos positivo, cada uma lhe reserva um lugar próprio na determinação dos processos de individuação e construção da identidade do indivíduo, da sua sociabilidade e relações sociais. Concomitantemente, Milanesi *et al.* (s/d) consideram que o trabalho favorece a construção de sentidos e significados, de conquista da identidade, da continuidade de si, fazendo parte da ontogenia, da historicidade do sujeito e é pautada pela dinâmica das várias relações que o sujeito estabelece com a organização do trabalho.

Esclarecemos que a construção da identidade é fruto dos processos de socialização primária (ocorre no seio da família) e secundária (toma lugar a partir do contato da criança com o mundo exterior ao meio familiar, que geralmente se inicia com a escolarização e prossegue através do ambiente laboral). Dubar considera que *uma profissão condiciona a construção da identidade social* e ainda, que (...) *o trabalho obriga a reconstruções da identidade* (2005 *apud* Hass, 2012, p. 78).

Segundo Giddens (1997, p. 578), o trabalho corresponde à *realização de tarefas que envolvem o esforço físico e mental, com o objetivo de produzir bens e serviços para satisfazer necessidades humanas*. É, portanto, uma *atividade produtiva* e de todas a *que ocupa a maior parte da vida das pessoas em todas as sociedades, sendo ainda, a base do sistema económico em todas as culturas*.

O Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (I.S.P.U.P., 2012) considera que o trabalho é um vetor fundamental para o desenvolvimento das comunidades, pelo que em vez de ser encarado como uma simples fonte de recursos, deve ser visto como fonte de realização pessoal e profissional. Não obstante, para que isso ocorra torna-se necessário que os locais de trabalho sejam saudáveis e seguros. As estatísticas mundiais apontam para a ocorrência de cerca de cento e cinquenta e sete milhões de novos casos de doenças profissionais por ano (devido a diversos riscos de exposição e/ou sobrecarga de trabalho)

e cento e vinte milhões de acidentes laborais, dos quais duzentos e vinte mil acidentes são fatais (Oliveira e André, 2010; I.S.P.U.P., 2012).

A globalização do mundo do trabalho e a revolução tecnológica ou digital, acrescenta ao conceito de trabalho, o trabalho não remunerado, o trabalho informal e o trabalho doméstico (Hirata e Zariffian, 2007; Rocha, 2009). Portanto, o trabalho pode ser formal ou informal, realizado no espaço doméstico, ou no seu exterior, ser ou não remunerado.

Entende-se por trabalho formal *aquela em que existe algum tipo de contrato entre empregador e empregado, seja através da Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.) ou pelo Estatuto do Servidor Público*. Enquanto que o trabalho informal se caracteriza pela *indefinição dos locais de trabalho, condições de trabalho que não garantem saúde nem segurança, baixos níveis de qualificação e de produtividade, rendimentos baixos e irregulares, longas jornadas de trabalho, falta de acesso à informação, aos mercados, ao financiamento, à formação e à tecnologia* (O.I.T., 2010a, p. 9). Muitas vezes associa-se a este tipo de trabalho o conceito de sub-emprego, trabalho precário ou o déficit de trabalho digno (aquele que contribui para o desenvolvimento humano e confere o sentimento de dignidade e a oportunidade de participação plena na sociedade - P.N.U.D., 2015). Isto acontece, pois além das condições de trabalho que não garantem saúde nem segurança, os seus trabalhadores não se encontram protegidos por qualquer tipo de legislação de trabalho. Este tipo de trabalho é geralmente praticado pelos grupos mais vulneráveis, fundamentalmente mulheres e sujeitos com baixas qualificações (O.I.T., 2006, 2010a e 2014).

O trabalho doméstico adquiriu visibilidade e reconhecimento enquanto trabalho, a partir dos movimentos feministas do início dos anos 1970, na França, e do contributo, entre outros, dos estudos de Helena Hirata e Danièle Kergoat. Este tipo de trabalho insere-se na prestação de cuidados: preparação de refeições para a família, limpeza da casa, recolha de água e combustível, prestação de cuidados a idosos e crianças, ou a membros da família doentes. Este trabalho, é na sua maioria realizado por mulheres. Segundo estimativas mundiais: são as mulheres que realizam 83% do trabalho doméstico, mas as mulheres ganham menos 24% do que os homens (P.N.U.D., 2015).

No que diz respeito às teorias sociológicas sobre a divisão sexual do trabalho são conhecidos três modelos: 1) modelo tradicional (mulher no seio familiar, exercendo uma função reprodutiva e de cuidados, do lar e filhos; ao homem é atribuída a função produtiva, de trabalho assalariado e qualificado, representando um papel social de “provedor”); 2) modelo da conciliação (no qual a conciliação é exercida unicamente pelas mulheres, que

executam uma “dupla jornada de trabalho”, tendo de conciliar a vida familiar e profissional); 3) modelo da delegação (no qual também as mulheres são as protagonistas, que delegam a outras mulheres o trabalho doméstico diminuindo assim a tensão e stress causados pela dupla jornada - Hirata e Kergoat, 2007; Hirata, 2010).

Ao analisarmos o modelo da conciliação, verificamos que as implicações do *stress* ocupacional variam grandemente segundo o género, sendo as mulheres as sobrecarregadas. A literatura revela escassez de dados correlativos à saúde ocupacional em mulheres, pelo que concordamos com Helen Hall (2005, p. 740-742) quando afirma que *we continue to be comparatively ignorant about the work-related occupational stresses experienced by women (...). The effects of the job socialization experiences of men cannot be generalized to women.*

Araújo *et al.* (2006) salientam a necessidade de se realizarem estudos sobre a relação entre saúde e trabalho feminino, uma vez que a literatura sobre saúde ocupacional se reporta à *generalização de estudos conduzidos em homens, em contextos industriais e fabris* (p. 1118). Estes autores desenvolveram um estudo epidemiológico e transversal, com 794 professores (de vários níveis de ensino) da rede municipal de ensino de Vitória da Conquista, na Bahia (Brasil), dos quais apenas 47 são homens. Os resultados revelaram que as mulheres apresentavam um nível mais baixo de habilitações (grau académico) e menor nível de participação em processos de decisão. Todavia, possuíam mais tempo de serviço, maior carga horária semanal, além da maior sobrecarga de trabalho doméstico. Ao nível da saúde constatou-se uma alta prevalência de transtornos mentais acometendo mais o género feminino.

Acreditamos que tais resultados podem dever-se à dupla jornada de trabalho que afeta a maioria das mulheres e também à predisposição biológica. A este respeito sublinhamos a referência que Araújo *et al.* (2006) fizeram a um estudo conduzido por Frankenhaeuser, em 1991, na Suécia (que se situa em 4º lugar, entre os países com menor desigualdade de género). Foi monitorizada a produção de catecolaminas (substâncias que estão envolvidas na resposta psicofisiológica ao *stress*) e verificou-se que enquanto o nível de noradrenalina nos homens cai significativamente após o fim da jornada de trabalho, e quando ocorre o regresso a casa, nas mulheres o nível continuava a aumentar depois do regresso a casa. Sendo assim, para se analisarem de forma comparativa os verdadeiros impactes do trabalho na saúde de homens e mulheres, deve-se considerar a carga total de trabalho (formal/informal, remunerado ou assalariado, doméstico ou produtivo), atribuições e responsabilidades.

O trabalho é essencial na vida das pessoas, sendo uma das condições básicas da vida humana, por ser rico em sentido individual e social, é um meio de produção e provimento de subsistência, além de permitir criar sentidos existenciais ou contribuir para a estruturação da identidade e da subjetividade humanas (Mann, 2012).

Lancman e Ghirardi (2002) consideram que o trabalho exerce um papel central na constituição da identidade individual e implicação direta nas variadas formas de inserção social, pois na vida adulta o trabalho assume o espaço privilegiado para trocas materiais e partilha de afetos, mediando o desenvolvimento e a construção da identidade individual. Nesta perspectiva, o trabalho assume uma valoração positiva na esfera psíquica do sujeito, no que se refere a *status* e reconhecimento.

A constituição da identidade é aqui compreendida como um processo que se desenvolve ao longo da vida do sujeito e que está vinculado à noção de alteridade, ou seja, na relação com o(s) outro(s) reconhecemo-nos nas diferenças e semelhanças. São efetuadas trocas, partilhas afetivas e materiais que facilitam o processo de construção da identidade e individuação (Lancman e Ghirardi, 2002).

Neste sentido, Arendt distancia-se da perspectiva marxista de trabalho, por o considerar capaz de transformar a natureza para atender às necessidades humanas. Esta autora clarifica o conceito de trabalho enquanto atividade, produtora de bens de consumo, impelida pela necessidade de subsistência humana. Por seu turno, sob o olhar marxista, o trabalho não tem valor ou sentido para o trabalhador, que se vê impedido de exercer a sua criatividade e liberdade no trabalho. Assim, executa apenas as suas funções com sentimento de estranheza e alienação (Marx, 1993 *apud* Tolfo e Piccinini, 2007), por se sentir impedido de colocar a sua cunhagem pessoal naquilo que realiza. O trabalhador torna-se prisioneiro da execução das operações prescritas pelo empregador, realizando um trabalho que se considera uma ação instrumental sobre a natureza. Esta é uma perspectiva industrialista da realidade proposta por Jürgen Habermas (1981-1987). Deste modo, fala-se no fim do valor do trabalho e da centralidade do trabalho enquanto construtor da identidade pessoal (Hirata e Zariffian, 2007).

Neste sentido, consideramos que o género masculino será o mais afetado pelos fatores decorrentes do trabalho e da mundialização, já que o trabalho (remunerado) para o homem, ocupa o lugar central na construção da sua identidade, (...) *tem uma dimensão cartográfica, pois define a linha divisória entre as vidas pública e privada* (Nolasco, 1993, p. 50 *apud* Pinto de Carvalho 1996, p. 79). Évora (2010, p. 3) investigou as dinâmicas sobre os processos de trabalho e o género, em espaços dedicados a mercados e feiras livres, em

três países em desenvolvimento, tal como Angola: Brasil, Guiné-Bissau e Cabo Verde. Concluiu que nesses contextos o género representa uma marca central da divisão de trabalho, especialmente na Guiné-Bissau e em Cabo Verde (países africanos) onde se atesta que o trabalho físico, de força, é masculino, e é comum a imagem da mulher a carregar, simultaneamente, um fardo à cabeça e o filho às costas. No Brasil, as feiras parecem representar um trabalho ou ocupação da família. Pelo observado nesses contextos, esta autora subscreve Bourdieu (1999 *apud* Évora, 2010, p. 4) que justifica a diferença biológica, do corpo masculino e feminino para a diferença social construída entre os géneros e a divisão do trabalho: o homem executa tarefas (voltadas para fora) e preocupa-se com as questões formais de custo e distribuição de produtos, e a mulher preocupa-se não só com a comercialização, mas com os cuidados que a mercadoria exige e a atenção para com os clientes (voltadas para *dentro*).

Concordamos com Rocha (2009) ao considerar que o significado e o valor que o trabalho tem para os homens e as mulheres, é diferenciado e que depende grandemente da socialização de género que ocorre ao longo das suas histórias de desenvolvimento integral/global. Numa sociedade tradicional como a Angolana, faz ainda sentido assumir que as mulheres são frequentemente educadas para tarefas relacionadas com o cuidado das crianças, dos idosos, dos outros em geral, dos afazeres domésticos e do trabalho dito reprodutivo. Esta educação de género ocorre, principalmente, durante a socialização primária.

Há autores que consideram que estas características de *maternagem* (Pinto de Carvalho, 1996, p. 80) *uma habilidade “natural”* (Neves, 2013, p. 414), é inata e inerente ao género feminino. Às mulheres são atribuídas qualidades vinculadas a papéis de esposa, mãe e educadora, *e.g., bondade, alegria, humildade, modéstia, amizade, habilidades manuais e a disposição para servir e sacrificar-se em prol do outro (...)* consideradas *naturalmente dóceis, menos capazes de ousar*. Espera-se por isso *um comportamento predeterminado, submisso* (Cruz, 2010, p. 198 e 201). Tais características qualificam as mulheres mais do que os homens para o desempenho de atividades profissionais relacionadas ao cuidar (Oliveira e Amâncio, 2002) e ao ensino de crianças, como a docência e a enfermagem (Delcor *et al.*, 2004). A educação infantil e outras atividades simbolicamente atribuídas às mulheres, quando realizadas por homens são-lhes imputadas características femininas (...) *a existência de homens-professores é aceita desde que detenham características “femininas” identificadas nas professoras: “amabilidade”, “afeto”, “cuidado”*. Esses são considerados *“afeminados”*, pois a *“natureza masculina”*

carateriza-se pela *impaciência e violência* (Teixeira, 2010, p. 39) e *segundo o seu “caráter natural”, serem mais fortes, destinados ao sucesso e à liderança* (Cruz, 2010, p. 201).

Estes aspetos são considerados por Helena Hirata a respeito da divisão sexual do trabalho. Ao homem é atribuído trabalho “nobre”, que requiere mais conhecimentos técnicos e o trabalho manual e repetitivo à mulher (Hirata, 1995; Gonçalves, 2002; Perrelli, s/d).

Tolfo e Piccinini (2007, p. 40), nas suas pesquisas sobre sentido e significado do trabalho, anunciam que este possui valor central na vida pessoas, pois (...) *uma vida desprovida de sentido no trabalho é incompatível com uma vida cheia de sentido fora do trabalho*. Todavia, para que o trabalho tenha sentido, deve ser autónomo e livre. A natureza das tarefas deve ser variada, proporcionar aprendizagem, reconhecimento, garantir segurança e sobrevivência. Deste modo, o trabalho terá sentido e as tarefas terão significado para o trabalhador.

Tolfo e Piccinini (2007) apresentam uma diferenciação entre sentido do trabalho e significado do trabalho. Adotam as definições dos trabalhos de Morin (1996), o modelo de Hackman e Oldhan (1975) e os resultados investigacionais do *Meaning of Work International Research Team* (1987). Como significado do trabalho compreendem *a representação social que a tarefa executada tem para o trabalhador, seja individual (a identificação de seu trabalho no resultado da tarefa), para o grupo (o sentimento de pertença a uma classe unida pela execução de um mesmo trabalho), ou social (o sentimento de executar um trabalho que contribua para o todo, a sociedade)*. Em relação ao sentido do trabalho identificam como descritores, *além do significado (individual, coletivo e social do trabalho), a utilidade da tarefa executada para a organização a que se pertence, a autorrealização e a satisfação, o sentimento de desenvolvimento e evolução pessoal e profissional e a liberdade e autonomia para a execução das tarefas* (Tolfo e Piccinini, 2007, p. 40, 41 e 45).

Segundo Marques-Teixeira (2005, p. 7) *o trabalho é uma entidade que só pode ser analisada a partir do jogo diádico representado em termos de binómio trabalhador/trabalho*. Este binómio divide-se de forma ergonómica em dois aspetos: exigências da tarefa (aspetos ligados à sua execução do ponto de vista do trabalhador) e carga do trabalho (refere-se aos efeitos do ciclo operatório exigido pela tarefa, no organismo). Os estudos ergonómicos focalizam os distúrbios de saúde associados ao trabalho, visando não só o aumento de produção, mas sobretudo a qualidade de vida do trabalhador (Barros e Santos, 2000).

Tanto a Ergonomia contemporânea como a Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (ver *item 2.4.*) consideram fundamental ter em conta as variabilidades individuais (diferenças entre trabalhadores e variação nas condições de produção), pois é na organização do trabalho e situações reais de trabalho, que residem os fatores catalisadores do adoecimento dos trabalhadores (R. Oliveira, 2001). E para o compreender há que analisar a dimensão física cognitiva e a psíquica do trabalho (Delgado *et al.*, 1997).

A Ergonomia é uma ciência que estuda as interações do ser humano com o seu ambiente de trabalho, considerando os efeitos positivos e negativos desta relação (Almeida, 2011). Existem duas abordagens de estudo: a clássica ou anglo-saxónica (anglófona) e a contemporânea ou francesa (francófona). Ambas procuram atuar adequando o trabalho ao ser humano, prevenindo acidentes, promovendo conforto, melhorando a produtividade ou rendimento e proporcionando o aumento da satisfação do trabalhador. O modelo clássico faz uso de conhecimentos mensuráveis para realizar adaptações da máquina ao ser humano, tendo como objetivo aumentar a produtividade. O modelo contemporâneo age atendendo às individualidades ou subjetividades existentes no interface ser humano/máquina. Apresentam ainda como pontos divergentes o sistema de medidas. Enquanto a clássica usa o sistema de medidas Inglês (chamado Sistema Imperial Britânico, que utiliza as jardas, galões e onças), a contemporânea, faz uso do sistema de medidas Francês baseado num padrão da natureza, imutável e que poderia ser aceite universalmente (Vomero, 2003 e Dias, 1998 *apud* Almeida, 2011).

Retomando o conceito de trabalho, segundo Dejours (2011) este refere que num sentido clássico, designa produção (*poiésis*). Isto é, o trabalho leva à mobilização do corpo e da inteligência para a produção de algo, mas *não é só transformar o mundo, é também transformar-se a si próprio e produzir-se a si mesmo* (p. 77). Deste modo, o sujeito revela-se a si e aos outros através do seu trabalho, através de processos de subjetivação (que apenas dizem respeito ao próprio trabalhador, à sua individualidade física e psíquica) que quando são relacionados com o trabalho, podem desencadear sentimentos de prazer ou de sofrimento. Segundo este autor, o trabalho apela à subjetividade, à individualidade de cada um, cujo veículo é o corpo, que combate, luta, enfrenta o real do trabalho e resiste às suas exigências, procurando manter a saúde. A esta relação subjetiva entre o corpo e o real do trabalho, Michel Henry (1987) apelida de corpopropriação do mundo (*apud* Dejours, 2012a, p. 366). Tal traduz o envolvimento do sujeito (na sua totalidade, física, cognitivamente, etc.) com o trabalho, o que permite o desenvolvimento de novas habilidades e novas formas

de fazer, ser, estar e conhecer. Transforma, muda o trabalhador, mas também a forma de se realizar determinado trabalho.

Dejours (2004, p. 29) refere que *a subjetividade só se experimenta na singularidade irreduzível de uma encarnação, de um corpo particular e de uma corporeidade absolutamente única*. Ana Magnólia Mendes (2007a, p. 30) entende por subjetivação *o processo de atribuição de sentido com base na relação do trabalhador com a sua realidade de trabalho, expresso em modos de pensar, sentir e agir individuais ou coletivos*. Deste modo, *o sentido de prazer no trabalho emerge quando este possibilita criar uma identidade* (2007b, p. 51).

Dependendo da forma como está organizado, o trabalho, pode *impedir o sujeito de pensar a racionalidade dessa ação*, desencadeando uma restrição na sua capacidade e liberdade para pensar (Lancman e Uchida, 2003, p. 87; Heloani e Lancman, 2004, p. 85), o que pode gerar sofrimento no trabalhador. O trabalho enquanto processo de subjetivação pode, no entanto, permitir ao trabalhador o reforço da sua identidade, o sentimento de prazer e de autorrealização (Dejours, 2011) uma vez que *constitui a primeira dimensão da sublimação* (Dejours, 2012a, p. 366), sem a qual o trabalhador entrará em sofrimento.

Marcel Drulhe (2002) refere que a doença ou o mal-estar relacionado com o trabalho deve-se tanto a fatores associados à própria organização e ambiente de trabalho, bem como a fatores de suscetibilidade ou vulnerabilidade do trabalhador. Assim, a saúde do trabalhador fica dependente da sua negociação (gerenciação) em face das pressões e ameaças desencadeadas pelo próprio trabalho. Deste modo, os trabalhadores devem mobilizar as suas competências, autonomia e liberdades individuais para transformar o sofrimento em prazer, isto é resignificar o trabalho, mantendo-se saudáveis. A isto designa-se como sendo uma aprendizagem por complexificação, como vimos anteriormente.

Através da literatura analisada, concluímos que o tipo de trabalho cuja organização mais limita, condiciona, oprime a liberdade e a criatividade do trabalhador à realização das tarefas de forma prescrita, eliminando variabilidades individuais, como a capacidade de reflexão (liberdade de pensar a tarefa e realizar a tarefa de acordo com a sua subjetividade) é a Taylorista.

O Taylorismo tem a sua origem numa organização de trabalho proposta por Taylor, em 1911, denominada de Organização Científica do Trabalho (O.C.T.). Esta supõe uma divisão tripla do trabalho (*divisão do modo operativo, divisão entre órgãos de concepção intelectual e de execução e divisão de homens*), procurando assim eliminar a subjetividade

do trabalho, mas também a liberdade individual de cada trabalhador (1995 *apud* Lancman e Uchida, 2003, p. 79).

Dejours (1992) refere que a O.C.T. possui efeitos nefastos sobre o aparelho psíquico, precisamente devido à tripla divisão do trabalho, que o concebe de forma repetitiva, monótona, isenta de liberdade e autonomia, descaracterizando o trabalhador e furtando o significado que o próprio trabalho tem para o trabalhador. Fernandes (1996) defende que estas circunstâncias contaminam o tempo do não-trabalho, o extralaboral, o tempo de lazer ou de descanso. Assim, no tempo em que o trabalhador poderia relaxar e realizar atividades prazerosas, está imerso em pensamentos de desvalor, insatisfação, dúvida e ruminando sobre situações concretas do tempo real de trabalho.

Entendemos que a organização de trabalho de tipo Taylorista, intensifica de tal modo a produção que reduz ao máximo os tempos mortos e isso leva o trabalhador ao extremo, como se fosse uma máquina, que não é, e ao ser tratado como tal, ele ressent-se. Giddens (1997, p. 588) afirma que *o ser humano não pode ser tratado como máquina, mas pode trabalhar com máquinas*.

Todavia, não esqueçamos outras formas de organização do trabalho (*e.g.*, Fordismo, Fayolismo e Toyotismo) que têm como finalidade *racionalizar processos e simplificar o trabalho (...) abstendo-se da figura humana na essência fundamental do processo produtivo* (Azevedo e Lobo, 2013, p. 167).

Dejours (1992, p. 39) descreve que o ser humano, neste tipo de trabalho, *desapareceu para dar a luz a um aborto: um corpo instrumentalizado – operário de massa, despossuído de seu equipamento intelectual e de seu trabalho mental*.

As críticas de Dejours *et al.* (1993a) e de Lancman e Uchida (2003) a esta organização do trabalho, referem-se precisamente ao desrespeito da liberdade, da subjetividade, das características pessoais e únicas que cada trabalhador imprime ao seu trabalho.

Em consequência da falta de liberdade, emerge o sofrimento. O trabalhador sente que não pode modificar a tarefa de acordo com as suas necessidades e desejos, que deixa de dominar o trabalho e que passa a ser dominado por ele, o que facilmente ocorre quando a organização do trabalho é autoritária e rígida, despersonalizando o trabalhador, retirando-lhe criatividade e liberdade, o que dificulta ou impede as manifestações mais autênticas da sua subjetividade. E mais grave ainda, destrói a identidade e significado que a atividade de trabalho possui para o sujeito (Dejours, 1994).

O sentido que as pessoas encontram no seu trabalho depende da organização do próprio trabalho, pois esta pode alterar os comportamentos dos trabalhadores num sentido positivo quando lhes confere autonomia, reconhecimento, desenvolvimento pessoal, ou, num sentido negativo, quando limita a liberdade, criatividade e variabilidades individuais. Assim, o *trabalho é valorizado como uma atividade indispensável, associada de forma inequívoca à saúde e que é vivida positivamente, apesar das agressões de que o indivíduo é alvo. Na ligação trabalho/saúde este, apresenta-se como um fator de saúde física, moral e social, representando muitas vezes, a própria saúde* (Mendes, 1996, p. 174).

O Taylorismo não é assunto do século passado, continua a existir na atualidade, porém de forma disfarçada, em especial nas grandes indústrias e empresas, que centram a atividade nos níveis de produtividade. No entanto, sabemos que a flexibilização do processo de trabalho supõe a troca do controlo sobre o processo de trabalho para o controlo do resultado do trabalho. Deste modo, o trabalhador é responsabilizado e pressionado a uma superação constante, pois não importa apenas a sua produtividade, mas também alcançar ou manter níveis de competitividade a nível de mercado. Nos dias de hoje, o ser humano vive com a necessidade de atualização constante, pelo que o seu trabalho é muitas vezes levado para casa e o tempo do não-trabalho é passado a trabalhar, a estudar, a aprender novos métodos e estratégias que o mantenham ativo e até empregado.

Tais acontecimentos concretizam-se no trabalho dos professores universitários, cuja atividade não se confina à sala de aula, exigindo atualização e preparação constantes, além das longas jornadas de trabalho a um ritmo intenso e com inúmeras atividades extra classe (exigências institucionais) que levam à extensão do período de trabalho (Lopes, 2006; M.L. Mendes, 2006; Siqueira, 2009; Anselmo, 2011). Os professores universitários veem-se ainda obrigados a realizar investigação e fazer publicação/divulgação dos seus trabalhos (Júnior, 2014), como forma de manter a sua categoria ou estatuto profissional, até porque, esta é uma exigência do próprio Estatuto da Carreira Docente. Verifica-se, assim, uma intensificação e precarização do trabalho docente.

Atualmente aposta-se na multifuncionalidade, ao contrário do Taylorismo e Fordismo que primavam pela especificidade nas tarefas e especialização dos trabalhadores, assim como se verifica *uma tendência na redução dos níveis hierárquicos e um favorecimento à iniciativa individual no trabalho, mas também no fortalecimento do controle à distância, ao mesmo tempo em que aumenta a autonomia na execução das tarefas* (Mazzilli e Agra, 1998, p. 5). O trabalho docente, muitas vezes, não implica

liberdade na execução, mas funções cumulativas, como por exemplo, a existência da possibilidade da inserção de pautas *online*.

Dolan (2006, p. 280) apelida de organizações saudáveis aquelas nas quais as políticas de gestão e de liderança beneficiam ambas as partes, *i.e.*, a saúde dos colaboradores e a própria empresa. Estas organizações desfrutam de condições saudáveis de trabalho, baixos níveis de *stress*, níveis adequados de auto-estima corporativa e elevados níveis de produtividade. Isto acontece porque possuem uma liderança geradora de confiança, de reconhecimento do bom desempenho dos colaboradores, oportunidades de crescimento individual (promoção ou outras formas de progresso), uma cultura organizacional que valoriza os trabalhadores individualmente e uma clara cultura de administração que concorda com os valores organizacionais partilhados (estilo de gestão por valores). Estas empresas gozam ainda de baixos índices de absentismo por doença, baixas médicas e lesões, e são competitivas a nível de mercado.

Estas características não se coadunam com o ambiente universitário, muito menos o vivenciado em instituições angolanas em que as condições de trabalho são consideradas precárias. São frequentes as falhas de eletricidade, é constante a inexistência de água, que desencadeiam outro tipo de problemas, como a iluminação e climatização das salas de aula.

Na atualidade, os professores universitários angolanos, além da referida intensificação (ritmo de trabalho e volume de atividades) e precarização das condições de trabalho, passam por irregularidades no pagamento de salários. Situação que já se verificava em 2008 no I.S.C.E.D. (Instituto Superior de Ciências da Educação) do Huambo (Morales *et al.*, 2008).

Ao nível das relações socioprofissionais, verifica-se uma forte delimitação hierárquica assim como uma pressão das chefias pelo aumento de produtividade. Se o aluno não realiza o seu trabalho de fim de curso, o que é muito frequente, o professor é responsabilizado pela sua falta de motivação, empenho e compromisso académico. Muitos alunos ao concluírem a parte curricular dos cursos, demitem-se da obrigatoriedade da realização do trabalho de fim de curso para a obtenção da licenciatura e deixam de aparecer às reuniões de orientação de projeto. Alguns destes, fazem-no por não necessitarem da conclusão do curso para obterem regalias profissionais: *a partir do 3º ano da faculdade, o angolano é considerado quadro superior* (Nsingui-Barros, 2008, p. 182). Também sucede,

iniciarem atividade como técnicos administrativos na carreira geral do funcionalismo público angolano¹⁰.

Concordamos com Anjos *et al.* (2011, p. 577) que referem que *o trabalho é um local de grande aprendizado de regras de democracia, sendo necessário estudar e combater as novas formas de organização do trabalho que instrumentalizam a mão-de-obra e desumanizam o trabalho em nome de um único objetivo: a eficiência, e, eventualmente, o lucro*. O que estes autores, referem é a sua posição contra organizações do trabalho baseadas no desejo pelo máximo de eficiência no desempenho do trabalhador em curto prazo, tal como é preconizado pelo Taylorismo, o qual atropela uma visão em longo prazo do trabalho como fonte de emancipação, produção de saúde e veículo de bem-estar social.

Concordamos ser imperativo debater o trabalho, assim como o trabalho informal, o desemprego, o subemprego, as condições de trabalho, a precaridade do trabalho, que leva à precarização das relações de trabalho e humanas. Estas últimas afiguram-se como importantes para a saúde psíquica, para a autoestima e a valorização do próprio trabalho em termos de realização pessoal. Segundo Dejours (1999 *apud* Lancman e Ghirardi, 2002, p. 45) a precarização das relações de trabalho tem quatro consequências sobre os trabalhadores: *a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo; a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, a dominação e alienação no trabalho; a estruturação de estratégias defensivas, por parte do coletivo (...) frente à ameaça de demissão e individualismo*.

Martins e Pinheiro (2006) num estudo sobre *Sofrimento Psíquico nas Relações de Trabalho* concluíram que um dos principais fatores produtivos de uma organização *é a saúde psíquica dos seus trabalhadores (...) quando estes manifestam qualquer sintoma patológico o rendimento do trabalho cai significativamente e isto quando não param de produzir, ou dificultam processos decisórios e atendimento de prazos acordados* (p. 84).

Por seu turno, Sampaio e Augusto (2012) defendem que o afastamento do trabalho não depende unicamente de fatores relacionados com a saúde ou a doença, mas também de fatores ligados ao próprio trabalho, como a associação entre exigências do trabalho e os recursos pessoais de enfrentamento. Dentre as principais doenças relacionadas com as novas organizações de trabalho, destacam-se as Doenças Ósteo-Musculares Relacionadas com o Trabalho/Lesões por Esforços Repetitivos (D.O.R.T./L.E.R.) e as doenças mentais

¹⁰ O artigo 16º do Decreto n.º 3/95 de 24 de março do Estatuto da Carreira Docente, prevê a existência de Monitores, isto é, alunos do 3º ano ou seguintes com média geral mínima de 14 valores, que podem, após aprovação em concurso documental, exercer atividade de técnico administrativo na carreira geral do funcionalismo público angolano.

relacionadas com o trabalho, que têm vindo a ganhar proporções alarmantes do ponto de vista de saúde pública, gastos públicos e problemas sociais que envolvem (Codo e Almeida, 1995; Lima *et al.* 1997; Ribeiro, 1997; Lancman e Siqueira, 1999 *apud* Lancman e Ghirardi, 2002).

As D.O.R.T. e L.E.R. são, neste sentido, consideradas ‘Patologias por Hipersolicitação’, que emergem em alguns trabalhadores quando são submetidos a determinadas condições de trabalho, *e.g.*, *repetitividade de movimentos, trabalho ergonomicamente inadequado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, trabalho muscular estático, intensificação dos ritmos de trabalho, pressão por produtividade* (Ghisleni e Merlo, 2005, p. 171 e 175). Conclui-se que o corpo dá voz ao sofrimento mental.

Porém, no ambiente fabril do pós-industrial não havia lugar para tristeza, medo e sofrimento. Os afetos e os sentimentos não eram reconhecidos como dimensões próprias do viver e eram transformados em conceitos que representavam enfermidades como a depressão ou a fobia. O sofrimento era visto como sinal de fraqueza. O adoecimento só era possível a partir do discurso do médico que tinha o poder de atestar a doença. Sendo o processo de adoecimento a porta aberta para o afastamento do trabalho (Brant e Minayo-Gomes, 2004). Assim, o sofrimento é disfarçado pela consulta médica. Dejours (1992, p. 121) afirma que *o sofrimento mental e a fadiga são proibidos de se manifestar numa fábrica. Só a doença é admissível.*

Verificam-se os mesmos sentimentos nos trabalhadores afastados do trabalho e nos desempregados, fruto da conotação social positiva associada ao conceito de trabalho, enquanto condição que enobrece o ser humano. Estes dois grupos manifestam sentimentos de inutilidade, medo, vazio, depressão, fragilidade e dependência, fruto da perda do vínculo social (que se associa ao sentimento de pertença, de identidade e reconhecimento social) e poder financeiro. O afastamento (ou privação) do trabalho, quer seja devido a doença, quer por situação de desemprego, acarreta uma mudança de vida e eventualmente uma reestruturação da identidade pessoal. Tal repercussão é mais acentuada quanto maior o envolvimento, o comprometimento e satisfação laboral (Paula *et al.*, 2013).

Segundo Vargas (2001, *apud* Morrone, 2001) a situação de desemprego não implica a vivência de sofrimento nem de uma crise de identidade, caso não seja acompanhada de sentimentos como de derrota, fracasso, perda, de falta de prazer e reconhecimento dos pares e chefias, bem como a perda de poder económico. Concordamos com este autor, no sentido em que a vivência do desemprego e da privação do trabalho são experiências subjetivas,

com significados particulares. Para uns pode significar perda, sofrimento e crise de identidade e para outros pode consistir em momento de prazer e bem-estar.

O trabalho favorece o encontro entre o mundo interior do trabalhador (registro imaginário) e o meio exterior que o envolve (registro da realidade - Sabatine, 2012). Esse encontro pode ser entendido como confronto, entre o individual, o privado, o mundo intersubjetivo do trabalhador (seus desejos, vontades e inconsciente individual) e o mundo objetivo das coisas, do coletivo, do trabalho, do campo social (Franco, 2004).

O trabalho é mediador deste espaço entre o ser humano e a sociedade (Campos e Teixeira, 2012). Com o trabalho, o ser humano insere-se nessa sociedade e aplica a sua subjetividade, sendo importante destacar que as pressões provenientes da organização do trabalho, por si só, não são capazes de originar psicopatologia em massa. Queremos com isto afirmar, que a mesma organização de trabalho afeta diferentemente cada trabalhador, pois cada um tem uma biografia ou história de vida singular, podendo a descompensação gerar ansiedade e depressão num e, noutro, propiciar o suicídio. Noutro ainda, pode dar origem a um estado de alegria, proporcionado por um estado ou psicose maníaca. Os acontecimentos exteriores só afetam o psiquismo (interior) do trabalhador se ele não conseguir (re)significar o trabalho e transformar o sofrimento em prazer, mediante estratégias criativas de defesa.

No *item* que se segue é nossa intenção demonstrar os contributos da Ciência Geográfica para a temática do trabalho e do sofrimento que este pode gerar.

2.3. O contributo da Geografia do Trabalho

O trabalho ocupa um lugar central na vida das pessoas. Vimos que integra a base para a construção da identidade social (Dubar, 2005 *apud* Hass, 2012), que permite o auto-desenvolvimento, o auto-conhecimento e a afirmação pessoal, num plano material e espiritual (Júnior, 2002). Num mundo cada vez mais instável e em permanente transformação, exige-se ao ser humano/trabalhador uma capacidade extraordinária de adaptação. A vasta literatura analisada (Dejours, 2004; Lemos, 2005; Mendes, 2006; Czekster, 2007; A. Mendes, 2007b; Reis *et al.*, 2006; Santos, 2006; Merlo e Lapis, 2007; Guimarães, 2008; Gonçalves, 2010; Pereira, 2010; Terra, 2010; Vilela, 2010; Coutinho *et al.*, 2011; Frota, 2012; Melo, 2013; Lourdes, 2013; Pereira, 2013; Menezes, 2014; Silva e Mafra, 2014), permite-nos caraterizar o mundo do trabalho (decorrente dos processos de globalização/mundialização, evolução tecnológica e novas formas de gestão e organização

do trabalho) como acelerado, precarizado (nas condições físicas e relações humanas de trabalho), de elevada exigência e dupla jornada. Está envolto em duplo sabor, ora de prazer (quando o sujeito se identifica e possui controle sobre a tarefa e se realizado e reconhecido), ora de sofrimento (quando o desgaste físico e mental são sentidos, além da falta de reconhecimento e de 'liberdade', baixo controle sobre a tarefa a par de uma elevada exigência) e tudo isto a par de uma contínua ou permanente insegurança devido à ameaça do despedimento.

A liberdade a que nos referimos, prende-se com a possibilidade que o trabalho representa em favorecer oportunidades de aprendizagem, de adquirir novos conhecimentos e competências, de transformar e criar, e de permitir desenvolvimento pessoal e profissional. Quando isto ocorre, o trabalhador/docente sente-se envolvido e respeitado pela organização (que se considera flexível), com a possibilidade de participar em tomadas de decisão, em ajustar o seu horário às suas necessidades, de criar/desenvolver/adaptar os seus métodos de ensino, e tudo isso se torna gratificante. Todos os autores supracitados defendem esta perspetiva sobre prazer e sofrimento no trabalho docente.

O trabalho docente foi considerado uma profissão de risco físico e mental, em 1981, pela Organização Internacional do Trabalho, num relatório sobre o *Emprego e Condições de Trabalho* (O.I.T., 1981). Carlotto (2002) indica que a severidade do *Burnout* é superior entre os profissionais do ensino do que a dos profissionais da saúde. Reis *et al.* (2006) indicam que os docentes estão expostos a ambientes conflituosos, desgaste mental e elevadas exigências de trabalho. Também, Pereira (2010) e Menezes (2014), referem que são múltiplas as competências e exigências feitas aos professores, decorrentes das mudanças no cenário do trabalho docente, crescente precarização das condições e relações de trabalho, o que resulta em problemas de saúde, e dificuldades relacionadas com o exercício da profissão.

O trabalho do professor universitário, como de outros profissionais de ensino, implica, muitas vezes, mobilidade geográfica, por vezes para outros países (Mann, 2012), a qual por si só, pode favorecer sentimentos ambivalentes (de prazer ou de sofrimento). Se por um lado, a mobilidade geográfica facilita o processo de trocas sociais, de convívio, de partilha, troca de saber, de aprendizagens e de experiências, o que auxilia o processo de desenvolvimento pessoal e profissional, por outro lado, a atividade além fronteiras, exige um desenraizamento do contexto vivencial e emocional, obrigando à distância dos entes queridos, familiares (cônjuge e filhos) e amigos.

Freitas (2009) indica que o desejo de aprender e apreender a diversidade do mundo, mais do que uma necessidade do trabalhador, é uma necessidade das empresas que atuam num mercado global, transformando-se no projeto de vida de alguns sujeitos, os designados de expatriados. Estes, por outro lado, experienciam o aumento do nível de *stress*, de ansiedade, de desânimo, de frustração, de fadiga, de maior tensão emocional e fragilização psicológica, devido à distância/desenraizamento do seu ambiente natural e familiar. Estes trabalhadores, fazem uma ‘ruptura’ com a sua vida interior, constroem novos modos/cenários de afetos, novos vínculos sociais, o que muitas vezes sucede por via das relações laborais, as quais são cada vez mais marcadas pela competitividade e falta de cooperação. Em face destas situações e pressões, o trabalhador põe em marcha a sua criatividade, a sua capacidade de resistência e de enfrentamento, que quando bem sucedida, permite resignificar o sofrimento (Dejours, 1998, 2004, 2009, 2010; Dejours *et al.*, 1993 e 1994; Mendes, 2007b; Rodrigues, *et al.*, 2006; Areosa, 2013).

Attali (2003 *apud* Freitas, 2009, p. 253), refere que vivemos na terceira fase da globalização, em que os fenómenos da migração da força de trabalho é mais acentuada. A circulação de pessoas, bens e objetos é planetária, o que produz a precariedade, a injustiça e a solidão. Na mesma linhagem, Mann (2012) assevera que esta crescente transação de trabalhadores qualificados resulta primordialmente de dois fatores: a globalização e o conhecimento especializado. Estes fatores são interpretados como a nova ordem mundial, exigindo dos trabalhadores a convivência com um futuro instável e mutável, e ao mesmo tempo é-lhes imposta a capacidade de adaptação e flexibilidade.

A mobilidade geográfica (migração) que aqui foi descrita, traduz uma atitude de espírito aberto para um mundo de possibilidades em que a capacidade de adaptação e a aceitação desta mobilidade, são um atributo valorizado pelas organizações e pode favorecer o sucesso individual. Os cidadãos são cada vez mais cidadãos do mundo. As universidades têm vindo a preparar os jovens para esta realidade, favorecendo a convivência intercultural, o acolhimento da diversidade, produzindo auto-conhecimento e o conhecimento do outro, através de programas de intercâmbio (*e.g.*, Erasmus e Leonardo Da Vinci). Estes programas constituem experiências de mobilidade estudantil (Lopes *et al.*, 2015).

Além da mobilidade geográfica, temos os fatores de desterritorialização, ou seja, a migração da força de trabalho dos espaços rurais rumo aos centros urbanos, facto que veio determinar o crescimento do setor informal urbano. Luanda é um exemplo desta realidade, o que se constata pela elevada densidade populacional. Segundo dados do I.N.E. (2014) Luanda é a província com o maior número de habitantes (possui 27% da população total),

e é também a província com maior densidade populacional, com 347 habitantes por quilómetro quadrado, apesar da sua pequena dimensão territorial (18.834 Km²).

Júnior (2002) defende que neste contexto as atividades informais cumprem um papel social e económico ao envolver trabalhadores desqualificados, em situação de pobreza e desemprego. No entanto, esta realidade é atualmente parcial, ou seja, o setor informal é cada vez mais ocupado por trabalhadores qualificados. Tal fato sublinha a necessidade de migrar ocorrendo a denominada *fuga de cérebros* (Lopes *et al.*, 2015, p. 3)

O contributo da Geografia do Trabalho é relevante pela necessidade de se compreender a expressão geográfica do trabalho (Castillo e Frederico, 2010; Júnior, 2011). O trabalho pode ser considerado um meio de transformação que o ser humano opera sobre a natureza, o ambiente, as paisagens, assegurando, assim, a subsistência humana por meio da relação entre a sociedade e a natureza. O processo de construção da auto-realização do ser humano advém do seu agir no/sobre o mundo, e o trabalho é esse veículo privilegiado.

Segundo Júnior (2002 e 2003) o trabalho pode ser entendido sob dois aspetos, como seja, a relação “metabólica” sujeito/meio e a dimensão da regulação sociedade/espço. Concordamos com este autor, que considera que os conceitos básicos da Geografia (*e.g.*, paisagem, território e espaço) fazem a mediação destes dois fatores e os desafios impostos pelo sujeito. Este autor, também considera que quanto maior é a competitividade e a concorrência intercapitalista, mais penosas e/ou sinistras são as consequências para o trabalhador.

A reestruturação produtiva fez emergir novas formas de trabalho: domiciliar, subcontratado, precarizado, parcial ou temporário, crescente inclusão da mulher no mercado de trabalho, intensificação do ritmo de trabalho, extensão da jornada de trabalho, dupla jornada e ampliação do setor informal, que surge como subordinado ao formal. O mundo do trabalho está imbrincado nesta dinâmica que se verifica no tempo e no espaço e na relação capital/trabalho (Júnior, 2002 e 2003).

Concomitantemente, assiste-se à degradação e paralela preocupação com o meio ambiente, o qual afeta diretamente a relação entre o homem e a natureza. Referimo-nos às preocupações atuais sobre o clima e aumento da temperatura do planeta (O.M.S., 2015 e 2016) e a expressiva afetação do ambiente que as grandes empresas, sobretudo dos países desenvolvidos, acometem. É chamada aqui a responsabilidade social e ambiental dessas organizações, que aumentam a vulnerabilidade de determinados lugares, em prol de uma *cadeia produtiva* ou *circuito espacial produtivo* (Castillo e Frederico, 2010, p. 466) que opera em determinado espaço geográfico.

Como podemos observar, os lugares, os espaços e o ambiente não são neutros, pelo que concordamos com Peluso (2003) que os perluastra enquanto atores sociais que se influenciam mutuamente. Esta autora apela, assim, a uma interdisciplinaridade entre a Geografia e a Psicologia Ambiental integrando as suas visões científicas sobre a realidade, isto é, o sujeito na sua interação dinâmica com o ambiente/espaço constrói a sua visão do mundo, a sua subjetividade, a sua consciência do mundo e de si próprio. A ação humana no/sobre o mundo tem o objetivo da sua auto-preservação, num sentido da procura do bem-estar (homeostasia), em que as relações com o meio e com os outros se denominam de acoplamento estrutural, como vimos na teoria da autopoiesis de Maturana e Varela (2002).

Mendonça (2001) traz para esta discussão científica entre sociedade/natureza e sujeito/ambiente, o conceito de Geografia Socioambiental, enquanto preocupação com as temáticas de cariz social e a sua relação com o ambiente/espaço. No território, no lugar ou espaço é onde o social acontece, já que o território é produto do trabalho humano, sendo construído socialmente (Eduardo, 2006).

Este autor apela a uma multidimensionalidade, com destaque para o social nas suas diversas dimensões/extensões (política, económica e cultural) imbrincadas numa historicidade que articula o tempo, o espaço e o território.

E neste sentido, cremos ser útil à Geografia Humana e à Geografia da Saúde em particular, debruçar-se sobre a problemática do prazer e do sofrimento humano enquanto realidade que ocorre num tempo e espaço, sabendo que o lugar/espaço geográfico predispõe para a ocorrência de doenças.

A ciência geográfica não se tem preocupado com esta problemática, já que no seio da Geografia Humana, a Geografia da Saúde tem enveredado por outras temáticas, tais como a saúde infantil e da mulher, as doenças sexualmente transmissíveis, as questões da saúde urbana e do planeamento urbano saudável, e a acessibilidade aos cuidados de saúde (Remoaldo *et al.*, 2017). Mais recentemente, tem vindo, por exemplo, a centrar-se numa temática que carece de abordagem multidisciplinar referente à influência do ruído de baixa frequência na saúde da população (Remoaldo *et al.*, 2017). Na contemporaneidade, os novos desafios da Geografia da Saúde têm-se relacionado com a compreensão dos impactes do lugar na saúde da população. Não obstante, só agora se começa a realizar uma abordagem mais micro, à escala da habitação onde os indivíduos residem, e tentando explicar, juntamente com outras ciências (*e.g.*, a Arquitectura), como a habitação onde vivemos parte da nossa vida pode ser prejudicial à nossa saúde. O local de trabalho ainda

não tem merecido muita atenção por parte dos Geógrafos, nomeadamente, no que concerne à sua influência na nossa saúde mental.

Também a Geografia da População, apesar de se debruçar, cada vez mais, sobre os movimentos migratórios e sobre o sucesso e insucesso, da população noutros países, aborda a questão do trabalho num contexto mais amplo, ou seja, de criação de enclaves económicos nos países receptores de mão-de-obra estrangeira e do sucesso ou não sucesso dos imigrantes (Gonçalves e Júnior, 2002; Gonçalves *et al.*, 2016). Um exemplo recente é o estudo de Gonçalves *et al.* (2016), que se preocupou, no seio da Geografia, com o percurso dos emigrantes portugueses em Londres, Andorra, Nice e Mónaco. Trata-se de um estudo que ressalta o percurso migratório dos Portugueses que se encontram a residir noutros países ou principados Europeus, assim como, o tipo de trabalho que desenvolvem atualmente. Também é abordada, de forma incipiente, a sua inserção na sociedade, mas como será a relação que estabelecem no local de trabalho? Que tipo de sentimentos lhes causa o trabalho realizado? Que tipo de relação empreendem com as chefias no seu local de trabalho? Parece-nos premente a realização deste tipo de análise usando, para tal, a concretização de entrevistas semiestruturadas, pois a análise do microcosmos do trabalho relaciona-se com a componente ambiental, tão querida da investigação geográfica.

No *item* que se segue é abordado o conceito de trabalho à luz da teoria da Psicodinâmica do Trabalho, que distingue trabalho prescrito de trabalho real ou trabalho vivo. Faremos uma breve revisão da literatura a respeito da sua evolução histórica, desde a origem na Psicopatologia do Trabalho até ao seu estabelecimento enquanto Psicodinâmica, levado a cabo por Christophe Dejours.

2.4. Psicodinâmica do Trabalho: um olhar sobre trabalho, saúde e sofrimento

A par das mudanças sociais impostas pela II Guerra Mundial, ocorreram mudanças basilares em torno do mundo do trabalho e exigências de (re)adaptação ao sistema produtivo. No período do pós-guerra, paralelamente à crescente modernização da indústria, surgiu um movimento (Psicopatologia do Trabalho) liderado por psiquiatras franceses, que adquiriu proeminência nos anos 50. A Psicopatologia do Trabalho corresponde à *análise dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho* (Dejours e Abdoucheli, 1994, p. 119). O termo ‘dinâmica’ desta definição representa a interação entre o sujeito (e a sua história de vida, singular) e o mundo preestabelecido do trabalho. Da decomposição da palavra ‘psicopatologia’, observamos a

sua indicação ao estudo do sofrimento e dos processos psíquicos que este mobiliza, sem esquecer a sua aceção original, vinda da teoria psicanalítica. Ressalva-se que, nessa época, no pós segunda Guerra Mundial, a Psicanálise tanto encontrava seguidores como críticos (Gabbard, 1998; Lima, 2008).

A questão fundamental em que se debruçavam os estudiosos da Psicopatologia do Trabalho, centrava-se no papel do trabalho na génese da doença mental e integração dos sujeitos na vida social. Os expoentes máximos deste movimento são Paul Sivadon e Louis Le Guillant (Lima, 2008).

A maior contribuição de Sivadon, passa pelo reconhecimento do trabalho como fonte de crescimento e evolução do psiquismo humano até às formas perniciosas de organização do trabalho, geradoras de tensão e conflitos que possibilitam a emergência da doença mental. Paul Sivadon foi quem, em 1952, empregou, pela primeira vez, o termo ‘Psicopatologia do Trabalho’ estabelecendo relações entre o sujeito trabalhador e a doença mental (Lima, 2008).

Contemporâneo de Sivadon, Louis Le Guillant inspirado nas correntes marxistas de George Politzer investigou afincadamente o sentido de estabelecer relações entre trabalho e Psicopatologia (Merlo, 2002; Rocha e Cardoso, 2009; Roik e Pilatti, 2009). Concluiu que o trabalho pode ser patogénico, mas principalmente, que certas formas de organização do trabalho são suscetíveis de gerar distúrbios mentais. Porém, os seus estudos não forneceram constructos suficientes para a configuração de um quadro de patologias mentais decorrentes do trabalho. Apenas conseguiu descrever a neurose das telefonistas e dos mecanógrafos (Roik e Pilatti, 2009; Saveia, 2009).

Le Guillant afirma a importância da história de vida (transformações socio-históricas, condições reais de existência, formas concretas de trabalhar e ganhar a vida) como condição para a compreensão da génese e desenvolvimento de patologias. Admite ainda, a dificuldade em descrever concretamente como ocorre a passagem entre as vivências e a emergência de distúrbios (Lima, 2008; Saveia, 2009).

Em 1980, em França, Christophe Dejours, tendo por base o desenvolvimento industrial, o crescimento da produção, do êxodo rural e a concentração da população em espaços urbanos, publica *Travail: usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Aliás, a génese do pensamento Dejouriano residiu no desenvolvimento industrial do século XIX. Nessa altura, as condições de trabalho eram precárias, os salários insuficientes, aproveitava-se a mão-de-obra de crianças na produção industrial e havia ainda um elevado número de acidentes laborais. De 1914 a 1968 os trabalhadores mobilizaram-se na

conquista do que Dejours (1998, *apud* Rodrigues *et al.*, 2006) designa de direito à vida, procurando prevenir doenças e acidentes laborais e ainda um tratamento adequado. Esse período foi marcado pela crise do sistema Taylorista, com a ocorrência de greves, absentismo, paralisações e sabotagens de produção, objetivando a melhoria das condições de trabalho.

No Brasil a obra foi traduzida, em 1987, intitulando-se *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. Nesta obra, a discussão sobre os efeitos do trabalho na saúde mental, sofre mudanças e a Psicopatologia do Trabalho recebe a nova denominação (em 1992) de ‘Psicodinâmica do Trabalho’. Esta, privilegia o estudo da normalidade sobre o da patologia (tal como o modelo salutogénico de Antonovsky), e a análise e o tratamento de doenças mentais. Procura, assim, compreender como os trabalhadores (no seu coletivo, e não ao nível individual) mantêm e alcançam um certo equilíbrio psíquico, mesmo quando submetidos a condições de trabalho desestruturantes (Merlo, 2002; Athayde, 2005). Abre-se, assim, um novo campo de pesquisa que aborda além do sofrimento, o prazer do ser humano, o trabalho e a sua organização (Azevedo e Lobo, 2013).

O novo conceito, de Psicodinâmica do Trabalho, segundo Dejours, tem por objeto de estudo as *relações dinâmicas entre a organização do trabalho e processos de subjetivação* (Carrasqueira e Barbarini, 2010, p. 10) inerentes a cada trabalhador, bem como a vivência subjetiva de prazer e sofrimento e as estratégias de mediação (defensivas) do sofrimento utilizadas face à organização. Portanto, o enfoque da Psicodinâmica não é o trabalho, mas o trabalhador (Molinier, 2001 *apud* Heloani e Lancman, 2004) na sua relação com o trabalho, importando estudar como o trabalhador mantém a sua saúde, face a situações de trabalho desestruturantes.

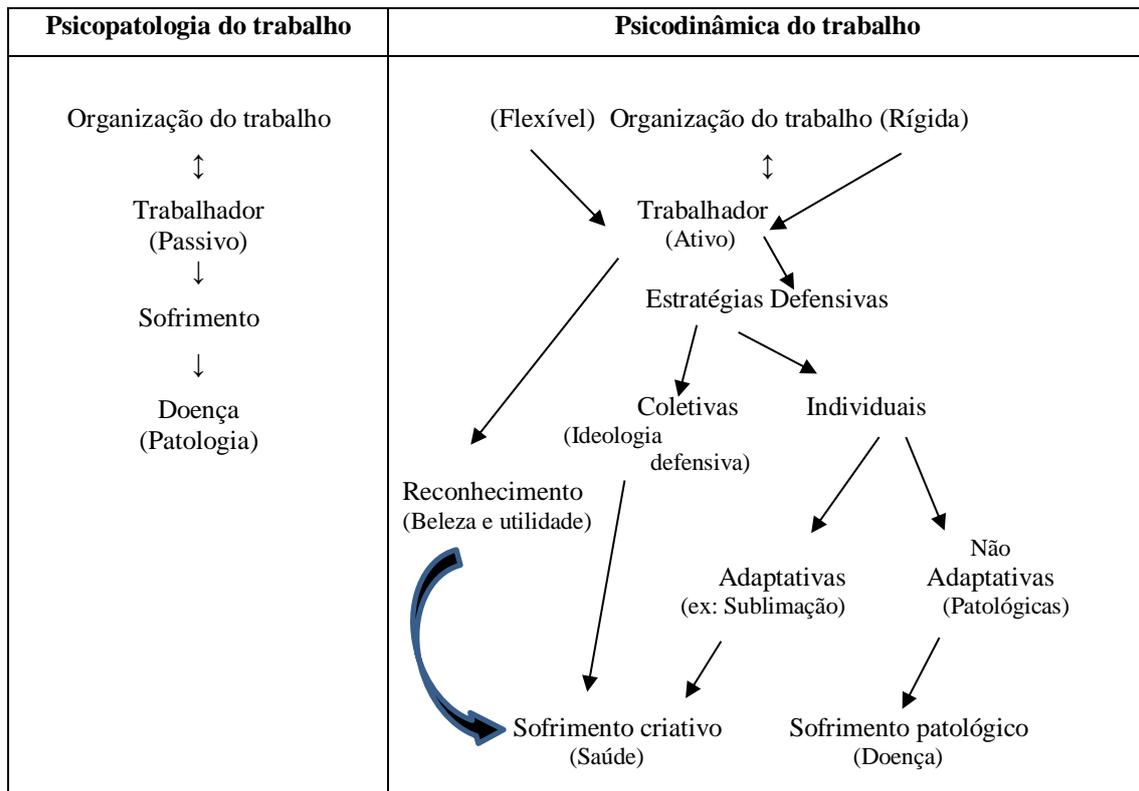
Na prática clínica, a abordagem psicodinâmica prevê o envolvimento ativo do paciente como coadjuvante do e no processo exploratório, isto é, ele tem muito a contribuir para a determinação e compreensão do diagnóstico (Gabbard, 1998) bem como na evolução do tratamento. O terapeuta é o *expert* em técnicas psicológicas, porque tem experiência nisso, e o paciente é o *expert* de si próprio, pois toda a sua história de vida é singular e nela se increvem e explicam as enfermidades que podem surgir (Pena, 2008 e 2016).

O âmago do estudo da Psicopatologia do Trabalho era o adoecimento (a patologia), procurando identificar uma patologia decorrente da relação entre o sujeito e o seu trabalho. Por seu turno, a Psicodinâmica do Trabalho, coloca o seu foco na saúde, preocupando-se essencialmente em compreender como alguns trabalhadores se mantêm saudáveis face a

condições de trabalho desestruturantes e organizações rígidas. Os trabalhadores não são sujeitos passivos relativamente à organização do trabalho. São ativos do ponto de vista externo e interno, no sentido em que mobilizam estratégias para fazer frente a situações que colocam em risco a sua integridade. São capazes de, individual e/ou coletivamente, criarem estratégias (adaptativas) que lhes permitem enfrentar o sofrimento, reesignificando-o ou transformando-o (ativamente) em prazer e realização pessoal, e deste modo evitam o adoecimento e a descompensação mental. Caso as estratégias utilizadas não sejam eficazes para subverter o sofrimento, o sujeito poderá descompensar e adoecer.

Na Figura 6 é sintetizada a comparação entre o olhar da Psicopatologia do Trabalho e o da Psicodinâmica do Trabalho sobre a postura do trabalhador face às condições e formas de organização do trabalho (fléxivel ou rígida), e aos objetos de estudo/enfoque de pesquisa.

Figura 6. Postura do trabalhador sob o olhar diferenciado da Psicopatologia do Trabalho e da Psicodinâmica do Trabalho



Fonte: Elaboração própria.

Dejours (1996) distingue várias formas de sofrimento: o singular, que corresponde à história da vida psíquica do sujeito (dimensão diacrónica); o atual, que surge no reencontro do sujeito com o trabalho (dimensão sincrónica); o criativo, no qual o sujeito produz

estratégias e soluções salutogénicas (na linguagem de Antonovsky) de modo a manter a sua saúde face a pressões do trabalho; o patológico, que contrariamente ao criativo, o sujeito faz escolhas prejudiciais para a sua vida e saúde (e.g., o consumo de bebidas alcoólicas ou outras drogas, as tentativas de suicídio¹¹ em ambiente laboral).

Para Dejours, trabalho é ação, é atividade humana que objetiva realizar o não prescrito ou formalizado pela organização do trabalho. Traduz exatamente o que o trabalhador realiza (o real) preenchendo a lacuna entre o prescrito e o real (Anjos *et al.*, 2011). Esta lacuna corresponde à diferença entre a prescrição literal da forma como o trabalho deve ser executado e o que de fato é realizado pelo trabalhador (Daniellou *et al.*, 1989 *apud* R. Oliveira, 2001), pois o trabalho prescrito não corresponde ao real por diversas questões práticas inerentes ao próprio trabalhador. *O real revela-se ao sujeito pela sua resistência aos procedimentos, ao saber-fazer, à técnica, ao conhecimento, isto é, pelo fracasso da mestria* (Dejours, 2004, p. 28). O prescrito corresponde à *forma como a entidade empregadora concebe e organiza o modo de realização do trabalho (...)* e indica *como é que o trabalho deve ser feito* (Areosa, 2013, p. 34). Tais prescrições nunca são exatamente cumpridas pelos trabalhadores e esse “desvio” constitui uma resistência às chefias, além de uma necessidade para a execução da tarefa. Pelo que, o real do trabalho é *o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para atingir os seus objetivos* (Dejours, 2012a, p. 365) também denominado de zelo ou inteligência dos trabalhadores. A mobilização dessa inteligência é designada por Dejours, de trabalho vivo (Areosa, 2013).

Na concetualização do termo trabalho, Dejours (1992) distingue organização do trabalho de condições de trabalho. Por condições de trabalho entende as características relacionadas ao conteúdo ergonómico do trabalho, como as exigências físicas, químicas, biológicas, condições de higiene, segurança e ainda características antropométricas do posto de trabalho, que se repercutem sobre as condições físicas do trabalhador. Entre estas condições podem ser consideradas as cargas físicas, tais como, o trabalho muscular estático, o uso de força muscular, o levantamento e o transporte de peso, o esforço intenso e repentino, os movimentos repetitivos, as posturas inadequadas (flexão e torção em simultâneo), o risco de acidentes, o calor, o frio, o ruído, a sujidade/poluição, a humidade

¹¹ Diversos são os estudos que abordam o suicídio na sua relação com o trabalho, mas não são unânimes quanto às causas que o despoletam. Alguns autores atribuem responsabilidade à organização do trabalho ou à forma de gestão (Venco e Barreto, 2010) e outros consideram que o trabalhador suicida era detentor de vulnerabilidades psicológicas que foram apenas exacerbadas pelas circunstâncias ou condições do trabalho (Rolo, 2013; Almeida *et al.*, 2013) responsabilizando o individualismo e a competitividade como estando na base do suicídio nos locais de trabalho. Maranhães (1990, *apud* Lopes e Milani, 2012) assinala que o suicida não tem como objetivo a morte, sendo apenas um meio para solucionar a situação de conflito vivenciada internamente. Consideramos que o ato suicida, no contexto de trabalho, constitui uma fuga para o trabalhador, o alívio do sofrimento intrapsíquico causado pela organização do trabalho. E ainda, uma chamada de atenção, ou um ato físico que dá voz ao sofrimento silenciado. Em última análise, consideramos que esta é uma passagem ao ato, ou violência autodirigida mas que na realidade pretende atingir terceiros, outrem, a organização do trabalho.

e os equipamentos e/ou ferramentas de trabalho inadequados (Tuomi *et al.*, 1991, 1997 e 2001). Estes investigadores defendem que a boa qualidade das condições de trabalho se associa de forma positiva à boa capacidade para o trabalho. Os estudos de Bellusci e Fischer (1999), e mais tarde os de Odebrecht (2003), demonstraram a relação existente entre as condições de trabalho e o envelhecimento funcional. O trabalho, quando realizado em más condições ou de forma incorreta, pode acelerar o processo de envelhecimento, agravar a saúde e constituir fonte de insatisfação, ou seja, pode tornar-se patológico.

Enquanto as condições de trabalho afetam o corpo do trabalhador (o seu físico), a organização do trabalho exerce uma maior influência ou pressão sobre o aparelho psíquico (Franco, 2004; Azevedo e Lobo, 2013), por comportar o conteúdo significativo do trabalho. Dejours e Abdoucheli (1994, p. 126) subdividiram a organização do trabalho, em dois grandes aspetos: a “divisão do trabalho” e a “divisão de homens”. A primeira compreende a divisão de tarefas entre os operadores, repartição, ritmo e o modo operativo prescrito, o que confere sentido e interesse ao trabalho para o sujeito. A segunda diz respeito à partilha de responsabilidades, hierarquia, comando e controlo, o que incita, sobretudo, as relações interpessoais mobilizando o investimento afetivo (amor, ódio, amizade, a solidariedade e a confiança). Todos estes aspetos influenciam a saúde do ponto de vista físico e mental, sendo o “choque” sentido no corpo do trabalhador.

Na abordagem Dejouriana (2004) o trabalho é definido a partir do olhar clínico, como sendo aquilo que implica, do ponto de vista humano, o trabalhar, os gestos, o saber-fazer, o ajuste do corpo e da cognição, da capacidade de refletir, de interpretar e de reagir a situações. O trabalho não é um emprego ou a relação salarial. Trabalhar é, acima de tudo, um investimento da personalidade para responder a uma tarefa concreta envolta em pressões materiais e sociais. É ação, mas não só, é sentir, é pensar e inventar e é também uma forma de relacionamento social, caracterizada por relações de desigualdade, de poder e de dominação, pelo que, o real do trabalho não é somente o real da tarefa, mas também o real do mundo social ou das relações sociais. Neste sentido, o trabalho favorece trocas afetivas além das económicas, permite o confronto entre o mundo interno e subjetivo do trabalhador com o mundo externo, o social. Assim, a singularidade de cada trabalhador pode entrar em conflito com regras, lógicas e desafios da organização do trabalho. Se, por um lado, o mundo do trabalho gera sofrimento, por outro, é oportunidade de crescimento e desenvolvimento psicossocial do adulto. Segundo Castel (1998 *apud* Heloani e Lancman, 2004, p. 78) *o trabalho é a matriz da integração social*.

Salientamos que, para Dejours (1992), o trabalho é um mediador de saúde, podendo promovê-la ou detê-la. Isto é possível, porque lhe estão associados fatores considerados salutogénicos e geradores de prazer, como o reconhecimento, a realização profissional e a liberdade de expressão. Por outro lado, encontram-se os fatores geradores de sofrimento, esgotamento emocional, como a falta de reconhecimento. Pelo que, o trabalho deve possuir sentido para o trabalhador, para os seus pares e para a sociedade. Só assim, pode favorecer a construção da identidade pessoal e social do trabalhador, por meio da atividade que realiza e da sua própria identificação com a tarefa. Para o autor, o sentido do trabalho é formado por duas componentes ou conteúdos: o *conteúdo significativo em relação ao sujeito* (dificuldades práticas das tarefas, significação da tarefa em relação a uma profissão, posição social do posto de trabalho) e o *conteúdo significativo em relação ao objeto* (significação simbólica do trabalho para os outros) (...) *o essencial da significação do trabalho é subjetivo* (Piolli, 2010, p. 38).

É a falta de sentido na tarefa individual e o desconhecimento do sentido da tarefa coletiva que desencadeiam a rutura entre a organização do trabalho e os trabalhadores, despersonalizando-os, fazendo emergir o sofrimento.

Borges e Yamamoto (2004) referem que quando uma forma de exercer trabalho elimina a intencionalidade humana (as suas capacidades cognitivas), está a descaraterizar o próprio trabalho na sua condição humana central. Tal significa que elimina no trabalhador a sua capacidade raciocinativa, consciente, intencional, criativa e intelectual inerente ao ser humano. Enquanto ser biológico de programação genética aberta, o ser humano na sua ontogenia, segue o curso da sua intencionalidade e liberdade individual e não o de uma programação genética fechada/isolada e determinada à nascença, como sucede a certos animais, que agem por instinto, sem consciência e intencionalidade. Neste sentido, Malvezzi (1988 *apud* Borges, 2007) refere que é na aplicação das suas capacidades e através do trabalho que o indivíduo realiza a sua própria condição ontológica de ser indeterminado na sua programação psicobiológica, contrastada com os animais e as plantas.

O sofrimento (em Psicodinâmica do Trabalho) traduz a luta do sujeito contra pressões e forças que o empurram na direção da doença, da desestabilização psíquica e somática. Essas pressões e forças, encontram-se na organização do trabalho, na forma como está feita a divisão do trabalho, como vimos anteriormente (Dejours, 1985; Dejours e Abdoucheli, 1994).

Para o clínico do trabalho, *o sofrimento é a origem de todo o movimento em direção ao mundo, de toda a experiência no mundo. Sofrer é ontologicamente a ligação primordial do sujeito ao mundo*. O sofrimento é experienciado no corpo, *não há afetividade sem carne* (Dejours, 2011, p. 78), logo é experiência subjetiva. *Sufrimento é, ao mesmo tempo, impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo* (Dejours, 2004, p. 28).

Dejours (1999, p. 19, *apud* Lancman e Uchida, 2003) afirma que o sofrimento é antes de mais, um sofrimento do corpo, pois não pode haver sofrimento sem carne, e por isso, é também individual e/ou singular. Apesar do sofrimento ocorrer no singular, para a Psicodinâmica do Trabalho, a sua solução ou forma de resolução é coletiva. Passa pela livre circulação da palavra, pela criação de um espaço público e coletivo, onde se privilegia o falar e o escutar. Porém, o medo destrói a reciprocidade entre os trabalhadores, separa o sujeito do sofrimento do outro, que poderá sofrer da mesma situação (Dejours, 2009). A falta de diálogo, de solidariedade e a indiferença ou insensibilidade ao sofrimento do outro, neutraliza a mobilização da ideologia defensiva, fragiliza a coesão do grupo, fomenta a competitividade e dá lugar ao silêncio. O medo impede que os trabalhadores realizem interação e interajuda, que os permitam compensar as perturbações/sofrimento vivenciado.

Vimos que o conflito entre a organização do trabalho e o trabalhador surge quando neste está bloqueada a possibilidade de satisfação do seu desejo, da sua individualidade e subjetividade na execução da tarefa. As organizações conservadoras e rígidas, voltadas exclusivamente para a produtividade, exercem pressão sobre o trabalhador. Este sente falta de autonomia, de poder de decisão, falta de liberdade no processo de trabalho, frustração, impotência, aborrecimento e inúmeras pressões que já não consegue tolerar através do uso de estratégias defensivas, as quais permitem a transformação do sofrimento em prazer. O trabalhador adota comportamentos de resignação, descrença, indiferença, apatia e isolamento (Azevedo e Lobo, 2013) fazendo emergir a descompensação, a doença mental e/ou psicossomática, que se manifesta através do corpo em distúrbios vários, como os do apetite, do sono, disfunções sexuais (Hass, 2012). Este é designado por sofrimento patológico (Dejours e Abdoucheli, 1994).

O sofrimento apresenta-se assim como uma resistência interativa entre o psiquismo do trabalhador e a organização do trabalho, adquirindo o significado de patogénico quando não é exteriorizado, compreendido/reconhecido pelo coletivo, livre da palavra e sentimentos, não ocorrendo resignificação do sofrimento em prazer (A. Mendes, 2013). Por outro lado, quando a organização é flexível e possui valores de justiça e igualdade, o

trabalhador consegue (re)significar o sofrimento, dando novo sentido e significado ao seu trabalho de forma criativa, o denominado sofrimento criativo (Azevedo e Lobo, 2013). Ao compensar as perturbações e pressões do ambiente de trabalho, o trabalhador reforça a sua identidade e fortalece o seu S.O.C (Sentido Interno de Coerência).

Voltando ao binómio prazer/sofrimento, destacamos como indicadores de prazer a realização profissional e a liberdade de expressão. Estes podem ser considerados salutogénicos, pois permitem ao trabalhador conservar a sua saúde. Por outro lado, encontram-se os indicadores de sofrimento no trabalho que são o esgotamento emocional e falta de reconhecimento, os quais podem fazer emergir doença ou patologia (Ferreira e Mendes, 2003; A. Mendes, 2007a e 2013).

Estes indicadores permitem o estudo e compreensão das vivências de prazer e de sofrimento no trabalho e são manifestos na Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.), validada por Ferreira e Mendes (2003): 1) realização profissional, que observa/avalia fatores como a vivência de gratificação profissional, o orgulho e a identificação com o trabalho realizado; 2) liberdade de expressão, que se relaciona com as vivências de liberdade de pensamento, de organização e livre expressão da palavra no local de trabalho; 3) esgotamento emocional que se refere aos sentimentos de frustração, de insegurança, de inutilidade e desqualificação diante das expectativas de desempenho, o que produz desgaste/esgotamento e *stress*; 4) falta de reconhecimento, que alude às experiências de injustiça, de indignação, de insatisfação e de desvalorização pelo não reconhecimento do trabalho.

Segundo Dejours (1992), o sofrimento tem origem no conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico do trabalhador, que luta contra forças que o empurram para a doença mental. Essa regulação que os trabalhadores fazem supõe o investimento da inteligência prática ou astuciosa (também denominada de ideologia defensiva) e cooperação entre o coletivo dos trabalhadores contra a tentativa de domínio da organização do trabalho. Portanto, para que este investimento seja viável não pode ser apenas individual, mas coletivo, afim de ser suficientemente capaz de mudar a realidade de trabalho e assegurar a manutenção da saúde (A. Mendes, 2007a) como observado na Figura 6.

Existem dois tipos de reconhecimento: o reconhecimento pelos superiores hierárquicos ou chefias, também apelidado de julgamento de “utilidade”; e o reconhecimento pelos colegas, denominado de julgamento de “beleza” (Dejours e Abdoucheli, 1994; Piolli, 2010; Dejours, 2012a). O reconhecimento constitui uma

recompensa ou retribuição simbólica (Dejours, 2009; Facchinetti, 2009; Areosa, 2013) ao fortalecer a identidade psicológica e social (Carrasqueira e Barbarini, 2010) do trabalhador. Deste modo, acrescentamos que permite fortalecer o S.O.C. (Sentido de Coerência Interna), aumentando a maturação do sujeito.

Ana Magnólia Mendes (2013, p. 723) menciona as seguintes estratégias de defesa (coletivas e individuais): *aceleração, individualismo, banalização, cinismo, dissimulação, hiperatividade, desesperança de ser reconhecido, desprezo, infligir danos aos subordinados, negação do risco inerente ao trabalho e distorção da comunicação.*

As estratégias coletivas de defesa traduzem um conjunto de normas e acordos entre os trabalhadores (em coletivo e por consenso) que são essenciais para combater o sofrimento gerado pela organização de trabalho, ou seja, o que o próprio trabalhador, por si só, não conseguiria (R. Oliveira, 2001). Essas estratégias coletivas constituem a ideologia defensiva, um programa de ação coletiva e uma forma de adaptação desenvolvida pelos trabalhadores que se unem, atenuando o sofrimento das pressões da organização (Dejours e Abdoucheli, 1994).

Salientamos que as estratégias coletivas de defesa são empregues pelo coletivo ou grupo de trabalho para fazer face ao sofrimento causado pelas exigências da organização. Contudo, o trabalhador para conseguir transformar o seu sofrimento em prazer, necessita de dar novo significado ao seu trabalho e fá-lo mediante estratégias individuais de defesa, como se pode observar na Figura 6. Essas estratégias individuais são mecanismos de defesa (termo que deriva da Psicanálise) classificados por Anna Freud em 1978 *como uma distorção do ego com a finalidade de proteger a personalidade contra determinada ameaça* (apud Rocha e Cardoso, 2009, p. 16).

Todas as estratégias ou mecanismos de defesa possuem em comum a capacidade ou funcionalidade de proteger o sujeito. Na abordagem psicanalítica, o tipo de defesa empregue depende do caráter do trabalhador, podendo ser de tipo neurótico (repressão, deslocamento, formação reativa, isolamento do afeto, anulação, conversão, somatização), psicótico (dissociação, identificação projetiva, introjeção, negação) ou de tipo maduro (sublimação, supressão, altruísmo e humor) que são consideradas saudáveis, denotando uma boa saúde mental. Todas as pessoas empregam estas estratégias nas suas vivências, ilustrando o princípio dinâmico de que a saúde e a doença (mental) fazem parte de um *continuum* (Gabbard, 1998, p. 42), tal como o perspectivado no modelo salutogénico de Antonovsky. O uso de defesas “maduras” ou estratégias de enfrentamento, denotam a

sabedoria em utilizar os recursos gerais de resistência (G.R.R.) e também um sentido de coerência interno (S.O.C.) forte e saudável.

Rocha e Cardoso (2009) afirmam que dentre o leque das estratégias defensivas a sublimação é a mais usada, por ser uma via alternativa e viável à manutenção do equilíbrio psíquico face ao sofrimento no trabalho. Porém, nem todo o trabalho permite a sublimação (Hirata, 1995). O processo de sublimação exige o empenho numa tarefa que permita ao trabalhador a aplicação do seu cunho pessoal, da sua criatividade, e o sentido de pertença a um grupo ou coletivo. Tal não acontece no trabalho doméstico, que além de não ser reconhecido, não concede realização no campo social.

Molinier e Giujuzza (1997, *apud* Morrone, 2011) afirmam a existência de estratégias de defesa adequadas às solicitações exigidas para cada profissão e também, segundo os géneros. A cooperação a atitude defensiva é característica no género feminino e as atitudes viris, bem como as demonstrações de coragem, valentia e uso de força física, próprias do género masculino.

Diversos são os estudos (*e.g.*, Morrone, 2011) que concordam com a diferenciação das estratégias defensivas de acordo com a profissão. Cançado (1994), numa pesquisa com motoristas, conclui que estes fazem uso de estratégias coletivas de defesa, privilegiando a racionalização e negação.

Mais recentemente, Sabatine (2012) num estudo com condutores de camiões concluiu que a cooperação é condição básica para a estruturação do coletivo, bem como a existência de um espaço interno público (canal de rádio, cuja frequência só conhecem os membro do grupo), que permita a livre expressão da palavra e que fomente a união do coletivo através de sentimentos de confiança e reconhecimento entre colegas.

Mendes e Linhares (1996) num estudo com enfermeiros, refere que para se protegerem do sofrimento gerado pelo trabalho, se tornam impessoais, distantes emocionalmente e evitam a comunicação com os familiares dos pacientes, sobrevalorizando a componente técnica em detrimento do relacionamento interpessoal no trabalho. Shimizu e Ciampone (1999) destacam que estes profissionais usam como estratégias de defesa a negação, a projeção e o distanciamento.

Vezine e Saint-Arnaud (1996) indicam que os bancários utilizam como estratégias de defesa a racionalização e a individualização no que concerne à tomada de decisão e em relação às chefias. Sob pressão e na relação com o seu coletivo e subordinados, os bancários adotam atitudes de negação e de distanciamento.

Santos (2006a, 2006b) indica que os professores do ensino superior, quando desgastados no exercício profissional, tendem a banalizar o processo de ensino, a amplificar o tempo de intervalo como fuga ou “momento para respirar” e afastam-se das atividades do contexto educativo, muitas vezes através do atestado médico. Morales *et al.* (2008) mencionam que para fazer face ao ritmo e volume excessivo de trabalho, os professores universitários angolanos, utilizam como estratégia defensiva os pedidos de licença médica.

Gasparini *et al.* (2005) indicam que o afastamento dos professores por atestado/licença médica, está imbuído de quatro motivos fundamentais, sendo o primeiro deles as queixas e o diagnóstico de doença do foro psiquiátrico, seguem-se as doenças respiratórias e as doenças osteoarticulares e, por fim, as doenças do tecido conjuntivo.

Portanto, o afastamento pode ser físico, mas também psicológico (devido à exaustão emocional e baixa realização profissional), pelo que emerge a despersonalização e o professor desenvolve uma síndrome denominada de *Burnout* (“queimar até à exaustão” - Benevides-Pereira, 2004). Trata-se de uma síndrome multidimensional (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e multifatorial (Garcia e Benevides-Pereira, 2003) e quanto maior for a utilização das estratégias de afastamento e fuga, maior é a exaustão emocional do sujeito (Carlotto e Câmara, 2008, p. 37). Estes autores referem que quando acontece o *burnout* em professores este é determinado pela forma como o trabalho é organizado, como as instituições lidam com os profissionais e como estes percebem a forma como os tratam. Deste modo, salientamos a importância dos contextos de trabalho, na influência e responsabilidade pelos processos de adoecimento e ativação das estratégias de defesa. Barona (2003) estudou a relação entre graus de *burnout* e estratégias de enfrentamento, concluindo que quando o professor experimenta sentimentos de esgotamento emocional (alto *burnout*), utiliza estratégias de enfrentamento passivo (alienação, afastamento, desligamento social, consumo de drogas e aceitação). No entanto, se sente realização profissional (baixo *burnout*) empreende estratégias de enfrentamento ativas, como o planeamento de aulas/planificação, busca de suporte social e apoio instrumental, revelando a capacidade de (re)significar positivamente os acontecimentos.

Carlotto e Câmara (2008) também concluem que as estratégias utilizadas se diferenciam consoante se trate de um professor a exercer no ensino público ou no ensino privado. Em contexto privado, o ensino é perspectivado sob a forma de produto, comercializado, comprado por um cliente e a instituição é a prestadora do serviço, pelo que o professor utiliza mais frequentemente a estratégia do confronto, o que implica a

mobilização emocional, podendo desencadear a exaustão emocional e a despersonalização (que caracterizam o *burnout*). No ensino público, o professor depara-se com um contexto menos empresarial e mais burocratizado, configurando-se de forma mais rígida, sem margem para tomadas de decisão e sem possibilidade de confirmação do alcance de resultados mais imediatos, pelo que os professores optam com frequência por estratégias mais passivas, como a aceitação.

Verificamos, mais uma vez, o papel do contexto de trabalho (que se caracteriza através da organização do trabalho e que se subdivide em divisão de pessoas e tarefas) e das condições de trabalho (que se evidenciam como preponderante sobre a ativação dos recursos pessoais - G.R.R. na linguagem de Antonovsky).

Queremos salientar, que a ativação desses recursos é interna, gerada internamente, e que depende em exclusivo da organização autopoiética ou sentido de coerência interno (S.O.C.) do próprio trabalhador.

Todos estes fatos aqui salientados, presentes na literatura internacional e nacional, demonstram que os sistemas defensivos são múltiplos e variam em função das características do trabalhador, como o género e a atividade desempenhada, em interação com o contexto. Consequentemente, as vivências de prazer e sofrimento decorrentes do trabalho, são subjetivas e autoreferenciadas.

Apesar das estratégias defensivas exercerem um efeito protetor contra o sofrimento e descompensação psíquica, Dejours adverte que *podem funcionar como armadilha que insensibiliza os trabalhadores contra aquilo que os faz sofrer*, fazendo-os agir de forma contrária aos seus valores e consciência moral, isto é, em *dissonância cognitiva* ou *traição do Ego* (1999, *apud* Areosa, 2013, p. 56; Martins *et al.*, 2006) ou “traição de si”, também chamado de sofrimento ético (Dejours, 2012a; Rolo, 2013). Quer isto dizer que, os mecanismos/estratégias de defesa vão ter um papel de atenuante ou de *anestesia que permite ignorar o sofrimento patogénico e negar as suas causas* (A. Mendes, 2013, p. 723).

Neste sentido, o sofrimento desempenha um sistema de alerta, para que o trabalhador desenvolva mecanismos ou estratégias que permitam mudar aquilo que estava mal na sua interação com o trabalho. No entanto, o trabalhador auto-desvaloriza-se, o que Pierre Bourdieu apelidou de “violência simbólica”, e que ocorre quando o indivíduo age e pensa contra si próprio (Sarti, 2001).

O sofrimento patológico toma lugar quando as estratégias defensivas deixam de funcionar (Azevedo e Lobo, 2013) podendo (...) *gerar perversões, violência compulsiva e patologia psiquiátrica grave (psicoses, somatização, toxicomanias)*. Devido ao seu uso

excessivo, pode desembocar em patologias sociais, como a sobrecarga, a servidão voluntária e até mesmo a violência (Mendes, 2007b; Rolo, 2013). Entendemos que a sobrecarga e a servidão se instalam devido ao medo de perder o emprego, à vivência de períodos de crise financeira, que favorecem o conformismo e submissão do trabalhador, bem como fomentam a competitividade e falta de solidariedade e companheirismo entre os trabalhadores. Tais circunstâncias acabam por ser uma violência contra si mesmo, traduzida na perda de sentido do trabalho, na aceitação de inúmeras exigências que excedem a capacidade física e intelectual.

Para evitar ou solucionar os problemas causados pelo sofrimento no trabalho, a psicodinâmica do trabalho de Dejours propõe a criação de um espaço interno público, de participação voluntária, onde cada trabalhador possa expressar livremente a sua palavra e sentimentos face à organização do trabalho. Isto permite que os trabalhadores desenvolvam num clima de cooperação, sentimentos de confiança e reconhecimento entre os pares (Sabatine, 2012). Assim, são atenuados os efeitos prejudiciais da organização do trabalho.

Neste espaço social, também é praticada a escuta do outro. É através deste processo reflexivo sobre o trabalho, que o trabalhador se reapropria da realidade do seu trabalho (do sentido que o trabalho tem para si) e se mobiliza para a implementação das mudanças necessárias para que o trabalho seja realizado sem prejuízo da saúde física e psíquica. Por outro lado, este espaço favorece a partilha de experiências, fortalece o sentimento de pertença a um grupo/coletivo de trabalho, fortifica laços de solidariedade e a procura de soluções em equipa (Azevedo e Lobo, 2013; A. Mendes, 2013). Sendo assim, é através desta mobilização da inteligência prática ou ideologia defensiva do coletivo, que cada trabalhador expressa livremente opiniões e sentimentos, favorecendo de forma espontânea o reconhecimento entre pares, permitindo gerar prazer no trabalho.

Em seguida apresentaremos uma breve revisão de literatura exclusivamente sobre a temática do sofrimento, perspectivada sob o olhar da Teoria da Autopoiesis e de diversos autores consagrados à escala mundial/internacional como Eric Cassell. Começaremos por definir e clarificar a distinção entre dor e sofrimento, pois são muitas vezes observados e analisados de forma equivocada no que toca às relações sociais e no âmbito das Ciências Sociais e Humanas. A boa compreensão e aplicação destes dois conceitos, é de extrema relevância para a promoção da saúde e bem-estar das pessoas em particular e para a atuação dos profissionais de saúde em geral.

2.5. Outras perspetivas sobre sofrimento

Brant e Minayo-Gomes (2004) entendem que o sofrimento se associa ao invisível e imaterial, ao domínio do psíquico ou mental, enquanto a dor é geralmente dirigida a algo que se materializa ou localiza num corpo. Carqueja (2009) partilha desta distinção, mas vai um pouco mais longe ao entender o sofrimento como associado às componentes psíquica e mental ou à alma, introduzindo aqui a dimensão espiritual.

A dor é ouvida quando o corpo manifesta o sofrimento e esta é a conceção de dor que consolida o pensamento de muitos profissionais de saúde, segundo a qual só existe dor quando é detetada uma alteração fisiológica em exames auxiliares de diagnóstico. No entanto, o sofrimento humano é mais facilmente observado no olhar de uma mãe cujo filho está acamado do que numa T.A.C. (Tomografia Axial Computorizada) (C. Oliveira, 2008) e, muitas vezes ocorre, sem qualquer ligação com uma doença fisiológica, como o luto pela perda dos que amamos, o abandono, o desemprego, a traição, o isolamento e até o estar apaixonado por quem nos rejeita (C. Oliveira, 2013a).

Ferrell e Coyle (2008) referem que o sofrimento geralmente origina-se no sentimento de perda (que pode ser a perda de controlo que gera insegurança). É uma experiência iminente pessoal que se faz acompanhar de uma série de emoções intensas que incluem a tristeza, a angústia, o medo, o abandono e o desespero.

Por outro lado, a dor é uma experiência multidimensional e desagradável, que envolve uma componente sensorial e uma componente emocional, associadas a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão, de acordo com a *International Association for the Study of Pain* (I.A.S.P. disponível em <http://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>, acesso a 7 de junho de 2015).

A partir de janeiro do ano 2000, a dor passou a ser descrita como o quinto sinal vital, ou seja, passando a ser entendida como um sinal de que se está vivo, e surgiu através da publicação de uma norma da *Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations* (JCAHO) (Pedroso e Celich, 2006, p. 270). Três anos mais tarde (a 14 de Junho de 2003), em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (D.G.S) emitiu a Circular Normativa nº 09/DGCG, que institui a Dor como o 5º sinal vital. Passou a considerar uma boa prática o registo sistemático da intensidade da dor e, para tal, o uso de escalas validadas internacionalmente, que permitem a monitorização e a avaliação da dor: Escala Visual Analógica, Escala Visual Numérica, Escala Qualitativa ou Escala de Faces (D.G.S, 2003; Pedroso e Celich, 2006). Esta norma surge com a finalidade de proporcionar bem-estar aos pacientes, evitando que sofram dores que podem e devem ser controladas pois esse é um

direito do paciente, e ainda, promover a humanização dos cuidados em saúde. Também a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, definem dor como o quinto sinal vital. Advertem que tal como os outros quatro sinais, temperatura, pressão arterial, respiração e pulso, também a dor deve ser avaliada e monitorizada (Alves do Nascimento e Kreling, 2011), assim como no que diz respeito à sua qualidade, à sua intensidade, padrão e localização (Neubarth, 2004).

A dor é uma preocupação do ser humano de longa data e cujo conceito evoluiu desde o pensamento do ser humano primitivo, que atribuía à dor uma origem mística ou mágica, de fluídos ou espíritos que entravam no corpo e deviam ser exorcizados. Este conceito evoluiu até às descobertas revolucionárias dos finais do século XX, sobre o mapeamento de vias nervosas de condução dolorosa, os mecanismos centrais de controlo da dor, as endorfinas e os mecanismos periféricos de geração e manutenção da dor (Graeff e Guimarães, 2005). A dor pode ser crónica ou aguda. A dor crónica é considerada patológica por se associar a alguma doença (crónica) e pode causar dor contínua (por mais de 6 meses) ou de carácter persistente, que volta passado algum tempo. A dor aguda também se designa de fisiológica, por ter um carácter protetor, de sobrevivência do organismo alertando-o de que algo está errado (Pessini, 2002; Marquez, 2011; Silva e Ribeiro-Filho, 2011). Neste último caso torna-se evidente a função biológica de proteção que a dor exerce, *e.g.*, contra a automutilação.

A dor não depende apenas da natureza e intensidade do estímulo, já que é também determinada por fatores psicossociais e neurosensitivos (Marquez, 2011) que são moduladores do sistema nervoso central. Quer isto dizer que, a perceção ou experiência sensitiva da dor, é resultado da interação entre estímulos dolorosos (ou nociceptivos, que estimulam os recetores da dor - nociceptores) e fatores moduladores. O limiar da sensibilidade da dor difere de pessoa para pessoa e o comportamento de resposta depende da condição sociocultural, dos valores, da história de vida, da personalidade e ainda, supõe as *organizações psíquicas internas e modalidades específicas de lidar com a dor* (Semer, 2008, p. 173). Na realidade, apenas o paciente pode saber exatamente o quão intensa e o quão perturbadora pode ser a dor que ele sente (Silva e Ribeiro-Filho, 2011). Daí que os instrumentos de mensuração da dor sejam de autorregisto. O mesmo tipo de lesão em diferentes pessoas pode causar dor com graus de intensidade distintos. Assim como, no mesmo indivíduo em momentos diferentes (dependendo do estado emocional) e dependendo do contexto em que está inserido pode variar a intensidade da dor sentida. E ainda, existem dores sem que haja uma lesão física concreta, isto é, dor sem lesão (*e.g.*, dor

lombar crónica) e há lesão sem dor, como no caso da analgesia congénita, em que o indivíduo não sente, não percebe a dor (Graeff e Guimarães, 2005).

Léo Pessini (2002) especialista em Bioética sugere que a dor é uma experiência que unifica os aspetos biológicos, emocionais e culturais. Deste modo, o olhar para o corpo humano e a sua doença, apenas como disfunção de mecanismos biológicos, é reducionista, simplista e *transforma a dor em problema técnico* (p. 57). Se temos uma dor de cabeça, tomamos um analgésico. Nestes moldes, a sociedade torna a dor e o sofrimento como algo difícil de suportar e sem sentido, como se sofrer fosse uma opção. Este autor considera fulcral para todo o clínico a distinção entre dor e sofrimento, sob o perigo de se negligenciarem sintomas que estão além dos físicos.

A dor não aliviada, não tratada, não cuidada, não compreendida pode conduzir ao sofrimento, à depressão e ao desejo de morrer, como fuga à dor. Nestes casos aplica-se o conceito de Daniel Callahan (2002) sobre sofrimento, enquanto experiência de impotência face à dor não aliviada numa situação de doença que leva a pessoa a perspetivar a sua existência vazia de sentido.

A respeito da distinção entre dor e sofrimento, Figueiró (2000, *apud* Pessini, 2002) considera que a dor se localiza somente no plano físico e o sofrimento abrange o ser humano na sua totalidade. Entende que a dor deve ser observada de forma holística, em todas as suas dimensões, física, psíquica, social e espiritual.

Ricoeur entende que (...) *sofrimento não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até à destruição, da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integridade de si* (1991 *apud* N. Oliveira, 2003, p. 7).

Eric Cassel, médico conceituado sobre esta temática, afirma que *bodies do not suffer, only persons suffer. Suffering is experienced by persons* (2004, p. 639). E define sofrimento como *a state of severe distress associated with events that threaten the integrity (intactness) of a person. (...) Suffering requires consciousness of the self, involves the emotions, has effects on the person's social relationships, and has an impact on the body* (2004, p. 32 e 224), e *it is the nature of the person and the specific threats to their personhood that determine the nature of suffering* (1999, p. 534).

A posição de Cassel é partilhada por Wright (2005) referindo que uma doença grave, quer seja crónica ou aguda, é uma experiência de sofrimento que gera angústia, dor, aflição e padecimento físico, emocional e espiritual, que produz alterações na vida e nas relações da pessoa. Pessini (2007) inclui nesta definição de sofrimento gerado por doença, além do

sentimento de angústia, o sentimento de vulnerabilidade, de perda de controlo e ameaça à integridade do eu.

Gostaríamos de salientar e clarificar que em Cassel, o sofrimento apesar de impactar as várias dimensões humanas (biológica, física, psíquica, social, espiritual) incluindo a integridade do 'Eu', o sofrimento pode conduzir a uma experiência transformadora de significado positivo, se o sujeito mediante o sofrimento usar de forma estratégica e criativa os seus recursos pessoais de enfrentamento. Deste modo o sujeito, ultrapassa o seu sofrimento de forma salutogénica, resignificando o seu sofrimento em aprendizagem. Cresce como ser humano e como pessoa, evoluindo e complexificando o seu sistema autopoietico.

Travelbee (2004) distancia-se da posição de Cassel por definir sofrimento como um sentimento de desprazer que vai do simples desconforto (transitório) mental, físico ou espiritual até à angústia extrema, desesperante e que leva a pessoa a uma indiferença apática. Esta perspetiva faz lembrar o sofrimento patológico que Dejours (1994) menciona na sua abordagem psicodinâmica, no qual o sujeito se resigna face ao sofrimento e o aceita passivamente, penhorando a sua saúde.

Distanciando-nos deste tipo de sofrimento, queremos ressaltar que o sofrimento pode traduzir e/ou produzir uma experiência de *Self-transcendig* ou *superação de si próprio*, tal como Perrin *et al.* (2012, p.49) e C. Oliveira *et al.* (2012, p.27) referem. Pode ainda consistir numa melhoria de si, num fortalecimento das três dimensões que compõem o S.O.C. e que estão inseparavelmente interligadas, dando sentido e coerência às experiências pessoais (Antonovsky, 1987, 1991 e 1996).

Entendemos que, nesta experiência de superação pessoal, o sofrimento pode ser transformado em aprendizagem, num sentido de desenvolvimento pessoal, de aumento do nível de complexidade e maturidade da pessoa. O sofrimento transforma, quando a pessoa permite ou aceita integrar certos e novos elementos na sua organização de significado pessoal (O.S.P) ou padrão organizativo (na linguagem de Bateson, 1972 e 1979). Significa que aprendeu com a experiência de sofrimento. Muitas vezes quando o corpo não tem cura (no caso das doenças crónicas, como em alguns cancros), a pessoa experiencia um nível de sofrimento transformador.

Concordamos com Perrin *et al.* (2012) que apontam que todas as definições possíveis não contêm a compreensão basilar daquilo que significa "sofrimento" e do seu verdadeiro impacte nas pessoas. Este acontecimento ocorre porque o sofrimento é uma experiência

única e singular em cada pessoa (Cassel, 2004; Wright, 2005) e que depende de fatores pluridimensionais (físicos, psicológicos, socioculturais e até espirituais - Reed, 2003).

Compreendemos que o sofrimento se trata de uma experiência que apenas pode ser compreendida na primeira pessoa (autorreferenciada) enquanto experiência imediata. Os outros podem aceder compreensivamente a essa experiência, apenas mediante o relato e descrição daquilo que essa experiência provoca. Estes dois níveis de experiência (a imediata e o relato posterior dessa mesma experiência) constituem dois níveis de interpretação da mesma realidade. Estes dois níveis de experiência fazem parte do trabalho terapêutico (Pena, 2016), em Psicoterapia Cognitiva Pós-Racionalista de Vittorio Guidano (1987, 1990, 1991).

Retomando a perspectiva de Cassel (1999, 2004) o sofrimento não possui apenas um viés negativo, podendo consistir numa potencialidade/oportunidade em face do caos, da desordem, do ruído (Atlan, 1979) que o sofrimento provoca em todas as dimensões do sujeito que o experiencia. Mediante uma situação de sofrimento profundo e desestruturante, o sujeito pode elaborar de forma autopoietica (Maturana e Varela, 2002) estratégias e soluções (em congruência interna consigo mesmo, com a sua individualidade e funcionamento interno/ou padrão organizativo) que lhe permitam superar progressivamente essa situação, complexificando-se e evoluindo.

O que procuramos elucidar é a congruência entre a teoria da Psicodinâmica do Trabalho enunciada por Dejours (1980/1986) e a Teoria de Autopoiesis de Maturana e Varela (1972/2002). Quando um organismo/sistema autopoietico/sujeito compensa ou supera uma perturbação (pressão do trabalho) espelha uma forma de sofrimento que Dejours designa de criativo, ou seja, o trabalhador foi capaz de subverter os efeitos das pressões de trabalho e usá-las em favor da sua autorrealização. Podemos ainda alinhar com estas teorias o modelo salutogénico de Antonovsky (1987), uma vez que este enuncia que mesmo em situações perturbadoras, as pessoas têm a capacidade de gerar e usar recursos (denominados de recursos gerais de resistência, G.R.R.) para lhes fazer face, mantendo ou produzindo saúde do ponto de vista interno do organismo (homeostasia) e da sua configuração acopulativa (que designa a relação com os outros tendo por base o sentido e o significado de congruência interna) e comunitária (C. Oliveira, 2004).

O modelo salutogénico ajuda, portanto, a compreender e a explicar a capacidade de atribuição de significado e sentido a experiências tão desintegradoras como as de sofrimento humano. Uma vez que o sofrimento pode proporcionar aprendizagem (Cassell, 2004; C. Oliveira, 2004; C. Oliveira *et al.*, 2012), esta capacidade do ser humano é

apelidada de negentrópica¹² por contrariar ou resistir ao segundo princípio da termodinâmica (Antonovsky, 1996; C. Oliveira, 2006). Este modelo focaliza-se naquilo que é resistente aos fatores stressantes da vida humana. Trata-se de uma capacidade criativa de gerar recursos de resistência (G.R.R.) atribuindo um significado e sentido ao que sucede. Por este motivo, o sujeito consegue aceitar o sofrimento, mantendo o Sentido de Coerência Interna (S.O.C.). Antonovsky (1987) agrupou os G.R.R. que sustentam o S.O.C., e que dele emergem (simultaneamente) em três dimensões: compreensibilidade (*comprehensibility*), capacidade de gerir (*manageability*) e significação/sentido (*meaningfulness*). Ora, quanto mais forte for o S.O.C., maior é a capacidade do sujeito para produzir ordem a partir do caos (Antonovsky, 1996; C. Oliveira, 2006; Eriksson e Lindstrom, 2008; C. Oliveira *et al.*, 2012; C. Oliveira, 2014), ou seja, e por outras palavras, mais empoderado será o sujeito.

2.6. Notas Conclusivas

Neste capítulo procurou-se examinar as relações entre saúde e trabalho, e as implicações desta relação. Por um lado e num sentido positivo, esta relação é prazerosa e favorece a construção da identidade social do ser humano. Por outro lado, esta relação pode gerar sofrimento pela impossibilidade do sujeito se identificar com a tarefa que realiza (considerado trabalho alienado) e, deste modo, desafiar a sua estabilidade psíquica.

Face ao sofrimento, o trabalhador pode demonstrar uma postura passiva e adoecer ou pode de forma ativa perceber a realidade como uma possibilidade ou oportunidade para resignificar essas experiências de sofrimento [mediante o uso de estratégias e recursos (G.R.R.) pessoais e do contexto] subvertendo-o criativamente em aprendizagem e em algo prazeroso. Esta atividade pode ser realizada pelo trabalhador de forma individual (estratégias defensivas individuais) ou ser empreendida pelo coletivo de trabalho (estratégias coletivas de defesa). Todas as estratégias ou recursos utilizados, têm a mesma finalidade, ou seja, a manutenção ou promoção da saúde do(s) indivíduo(s).

Deste modo, este capítulo permitiu enquadrar as três teorias/modelos que sustentam teoricamente a nossa investigação, procurando demonstrar coerência e integração entre elas e uma via salutogénica para as relações laborais.

¹² O conceito aqui apresentado é o de Negentropia, a capacidade que os seres vivos têm de transformar a desordem (ou entropia) em ordem, o ruído em significado, situações problemáticas em situações de crescimento e desenvolvimento pessoal (resiliência) esta capacidade do ser humano para se (auto)organizar e assim evoluir corrobora o 2º princípio da termodinâmica, por defender que a desordem ou entropia de um sistema só pode crescer ou igualar, e o que observamos é que nos seres vivos este princípio não se aplica, como enunciam Prigogine e Wiame (1946).

Começamos por descrever os conceitos de saúde ocupacional, de trabalho e de sofrimento. Aludimos às principais teorias que compreendemos serem as que melhor espelham a compreensão da manutenção da saúde em situações consideradas desintegradoras, como as que acontecem em muitos contextos de trabalho, e por isso, também se abordou, ainda que de forma sucinta, o suicídio no trabalho.

Capítulo 3. Caracterização do território angolano: enfoque sobre Luanda

A importância de cada contexto encerra a natureza e a história que permite a compreensão das realidades vivenciadas pelas pessoas, nesses lugares. Assim, e para que a nossa investigação seja efetiva, há necessidade de se identificar, caracterizar e compreender o contexto geográfico, social, económico e até ambiental, em que se insere. Concordamos com Graça (2005, p. 47) quando refere que *só é possível compreender plenamente uma situação num dado presente se neste for integrado quer o passado quer o futuro.*

3.1. Breve caracterização histórica

A literatura sugere que etimologicamente Angola (...) *deriva de “Ngola”, nome atribuído a uma dinastia dos povos Ambundo, fixados no médio-Kwanza* (Zau, 2002, p. 32). Por sua vez, Neto (2014, p. 25) confirma que a palavra “Angola” parece derivar da expressão *Ngola Nzinga*, denominação esta que surgiu a partir do nome do rei do reino de Ndongo, ou que se originou a partir das *expressões Ana-a-Ngola e Akua-Ngola*, que significam *“filhos do Ngola”* e *“gente do Ngola”*, respetivamente.

O português é a língua oficial, porém, existe uma grande diversidade cultural e linguística em Angola, pelo que se reconhecem como nacionais mais seis línguas africanas: o *ucôkwe*, o *kikongo*, o *kimbundo*, o *umbundu*, o *nganguela* e o *ukwanyama* (U.N.F.P.A., 2014, p. 7). Destas, segundo um inquérito do I.N.E. (2011) as mais faladas a seguir ao Português, são o *umbundu* e o *kimbundo*, seguindo-se o *kikongo*. Este documento ainda refere outras línguas nacionais além das citadas anteriormente, descrevendo-as segundo a ordem pela qual são mais faladas no território: *Chokwe* (ou *Kioko*), *Nhaneca*, *Fiote* e *Luvale* (I.N.E., 2011, p. 49; I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012, p. 15).

Angola viveu um longo período de ocupação colonial (cerca de cinco séculos), que em termos históricos se considera ter tido início a partir da Conferência de Berlim (1884) até à data da independência política, a 11 de novembro de 1975 (Zau, 2002; Acosta-Leyva, 2015).

Sabe-se que os motivos da colonização foram essencialmente económicos, com a exploração de matérias-primas (*e.g.*, ouro, diamantes e marfim) e de mão-de-obra barata (através do tráfico de escravos) para o desenvolvimento industrial. Deste modo, desenvolveu-se uma nova economia capitalista (Tiburcio, 2009; Dias, 2010; Neto, 2014).

O comércio de escravos marcou profundamente a história de Angola (Schubert, 2000, p. 31) e era a atividade comercial que maior renda proporcionava aos colonizadores, porém, às tribos (aos nativos de Angola), trouxe consequências nefastas porque interrompeu o desenvolvimento autônomo das civilizações que viveram submetidas à vontade e ideologias do colonizador sendo pouco coadunantes com a sua identidade e valores (Neto, 2014, p. 68 e 69). Esta autora refere que os nativos eram vistos como primitivos e classificados em dois grupos: os *assimilados* e os *indígenas*. A assimilação consistia em modelar o outro de forma a melhor o dominar e anular ideologicamente. O historiador Acosta-Leyva (2015) refere que nessa época havia um controlo absoluto não só da economia, mas também das mentalidades dos nativos.

As décadas de 1950 e de 1960 foram marcadas em Angola, por várias revoltas nacionalistas em várias províncias, representando o descontentamento dos angolanos com a colonização, que provocava divisões e desigualdades por motivos étnicos (Conte, 2008; Dias, 2010; A. Cunha, 2011).

O período compreendido entre 1961 e 1974 foi marcado pela Guerra Colonial. O dia 4 de fevereiro de 1961 simboliza o fim do colonialismo português, e é também, considerado o início da luta armada, quando um grupo do M.P.L.A. (Movimento Popular de Libertação de Angola) – um dos principais movimentos nacionalistas para a libertação de Angola – toma de assalto a Casa de Reclusão Militar em Luanda (onde se encontravam presos políticos), a Emissora Nacional de Angola e a sede dos C.T.T. (Sebastião, 2015). Também o 15 de março de 1961 é considerado um marco da vontade anticolonialista do povo angolano (Conte, 2008; A. Cunha, 2011; Neto, 2014). Vários foram os acontecimentos que marcam este período, sendo os mais relevantes, os confrontos próximo da fronteira do Congo, *os ataques da Bula, Madimba, Luvaca, Cuimba e Canda, contra fazendas isoladas nos Dembos, sobre o rio Mbridge, nas regiões de Nambuangongo, aos postos de Quitexe e nos Dembos, na fronteira étnica quimbundo-bacongo, como na capital do distrito de Carmona* (atual província do Uíge) (Sebastião, 2015, p. 56).

A par de toda esta mobilização anticolonialista, em 1976, iniciou-se a circulação da moeda nacional angolana, o *kwanza* (nome derivado do maior rio angolano) que se manteve equivalente ao antigo escudo colonial, de aproximadamente trinta escudos por dólar (Gonçalves, 2010b).

Os principais movimentos nacionalistas para a libertação de Angola, foram a Frente Nacional de Libertação de Angola (F.N.L.A.), o Movimento Popular de Libertação de Angola (M.P.L.A.) e a União Nacional para a Independência Total de Angola (U.N.I.T.A.),

que surgiu a partir de uma dissidência interna no F.N.L.A. (Pimenta *et al.*, 2007; Conte, 2008; Tiburcio, 2009; Stefenson, 2009; Guedes, 2010; Severo, 2011; Souza *et al.*, 2011; Neto, 2014). Estes três movimentos, apesar do objetivo comum de expulsar os colonizadores do território angolano, nunca se entenderam nem uniram esforços. Pelo contrário, debateram-se pelo poder o que deu origem a uma guerrilha interna, a Guerra Civil, que durou 27 anos, entre novembro de 1975 (pós-independência nacional) e abril de 2002 quando foi assinado o acordo de Paz em Luena (Guedes, 2010; Severo, 2011).

Esta guerrilha interna, foi motivada por fatores culturais e étnicos¹³, além das diferentes ideologias que marcavam e apoiavam cada um desses movimentos (Guedes, 2010; Sebastião, 2015). Daniel Cunha (2011) indica que o M.P.L.A. (historicamente o primeiro a ser fundado, em 1956) se alicerçava nas ideologias marxistas, e era o movimento com maior relevo a nível étnico¹⁴, regional e racial. O M.P.L.A. era apoiado pela ex-União Soviética (U.R.S.S. – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) e Cuba, enquanto o F.N.L.A. e a U.N.I.T.A. eram financiados e apoiados pelos Estados Unidos da América (E.U.A.) e pela África do Sul (Pureza, *et al.*, 2007; Tiburcio, 2009; Sebastião, 2015; Oliveira, R.S., 2015).

Pureza *et al.* (2007) salientam, como motivos para a guerra civil, além das divergências políticas, os grandes interesses económicos nos diversos e profundos recursos naturais que Angola ostentava, fundamentalmente petróleo e diamantes. Por isso, a procura de entendimento e paz foi difícil e marcada por fracassos consecutivos de vários Acordos

¹³ Em Angola existem vários grupos étnicos, cerca de 100, sendo entre si constituídos por diferentes povos de origem Bantu (na sua maioria, englobando cerca de 400 subgrupos étnicos) e não-Bantu (os San, os Peul, os Buchimanes e os Caucásiana) (Neto, 2014, p. 28 e 31; Elias, 2014, p. 80). Existem, ainda, grupos minoritários sobretudo de origem portuguesa, cabo-verdiana e santomense.

¹⁴ O M.P.L.A. era fundamentalmente apoiado pelo grupo (étnico) dos Mbundus e a U.N.I.T.A. pelos Ovimbundos. Este fato veio a alterar-se ligeiramente, pois nas eleições de setembro de 2008 verificou-se uma vitória absoluta e esmagadora do M.P.L.A. sobre a U.N.I.T.A., tendo o apoio de *todos os grupos étnicos de Angola* (Tiburcio, 2009, p. 184).

de paz (Acordo de Alvor¹⁵, Acordo de Bicesse¹⁶ e Acordo de Lusaka¹⁷) e com a intervenção internacional das Nações Unidas. Estes Acordos eram assinados com o objetivo de alcançar a paz em Angola, e para que *não fosse derramado mais sangue entre irmãos da mesma pátria* (Francisco, 2012, p. 26), e representaram o desenrolar do processo de paz em Angola.

As dificuldades inerentes a todo este processo deveram-se à constante violação desses acordos por parte da U.N.I.T.A., o que levou o partido do governo a abdicar de mais tentativas de negociação para o alcançar da paz, declarando guerra. Angola só conseguiu alcançar a paz, com a morte em combate (a 22 de fevereiro de 2002, na província do Moxico) do líder da U.N.I.T.A., Jonas Savimbi, também conhecido como o *Galo Negro* (Chimanda, 2010; Francisco, 2012; Sebastião, 2011; Oliveira, R.S., 2015).

Para os seus primeiros passos como território independente, Angola contou com a ajuda externa da ex-União Soviética, assim como da China e de Cuba, no que respeita a vários quadros técnicos, assim como a empréstimos, a ajuda militar e à influência política (Neto, 2014). A autora relembra, ainda, que no contexto mundial em que Angola nasceu, as duas superpotências debatiam-se numa Guerra Fria. A combinação de todos estes fatores, ideológicos, étnicos, raciais, além da vontade de assumir o poder político em território angolano, levou a uma guerra civil prolongada, com consequências graves a vários níveis, desde a destruição de infraestruturas à desestruturação familiar, a perdas

¹⁵ Os Acordos do Alvor (1975) foram assinados no Algarve (Portugal), tendo o Estado Português reconhecido o 11 de novembro de 1975 como a data da preconização da independência e admitido como únicos representantes legítimos do povo angolano, os três movimentos de libertação de Angola (F.N.L.A., M.P.L.A., U.N.I.T.A.) que governariam em conjunto e em igual número de ministros. As forças armadas seriam constituídas pelas forças dos três movimentos em paridade com o exército português. Este acordo previa a data das eleições num prazo de 9 meses, às quais unicamente estes três movimentos se poderiam candidatar. Este acordo supunha, ainda que de forma indireta, a boa-fé e vontade das três forças políticas na sua exequibilidade. Todavia, as divergências entre o M.P.L.A. e a U.N.I.T.A. falaram mais alto. Naquela altura, o próprio governo português, que vivia momentos de instabilidade e se debatia com problemas internos, como o 11 de março e o pós-25 de abril, não pôde prestar o auxílio e mediação necessária para o bom entendimento entre as partes, levando ao incumprimento deste acordo (Chimanda, 2010; Francisco, 2012; Sebastião, 2015).

¹⁶ Os Acordos de Bicesse (1991/1992) foram assinados a 31 de maio de 1991, em Portugal, sob a vigilância dos E.U.A. e da U.R.S.S.. Estes acordos previam: o cessar-fogo e entendimento entre as duas forças políticas em confronto, desmobilização, retirada e aquartelamento das tropas da U.N.I.T.A., apelo à Comunidade Internacional e obrigação desta, em parar de apoiar uma e/ou outra destas partes em confronto, através da medida *Opção Triplo Zero* (Sebastião, 2015, p. 36). Previa, ainda, a marcação e preparação das eleições de 1992, agendadas para o período entre 1 de setembro e 1 de outubro. Foi criada a Comissão Nacional Eleitoral (C.N.E.) e iniciou-se o processo de registo eleitoral em todo país. As eleições tiveram lugar a 29 e 30 de setembro de 1992, sob a supervisão das Nações Unidas e Comunidade Internacional. Decorreram sem tumultos e o povo angolano acorreu em massa às mesas de voto, estimando-se o registo de cerca de 92% de eleitores, ou seja, aproximadamente 45 milhões de cidadãos em idade de voto. Nas legislativas, o M.P.L.A. obteve 53,74% dos votos, contra os 34,10% dos votos da U.N.I.T.A. e nas presidenciais, o Presidente de Angola, José Eduardo dos Santos obteve 49,57% e o Presidente da U.N.I.T.A., Jonas Malheiro Savimbi obteve 40,07%. A Comissão Nacional de Eleições (C.N.E.) publicou os resultados e a O.N.U. considerou-os livres e justos. Porém, a U.N.I.T.A. declarou formalmente a rejeição destes resultados, em comunicado à Rádio Nacional de Angola e retomou as ofensivas (Chimanda, 2010; Francisco, 2012).

¹⁷ Os Acordos de Lusaka (1994) foram assinados a 20 de novembro de 1994, em Lusaka (capital da Zâmbia), tomando a designação de Protocolo de Lusaka. Apesar de este protocolo retomar algumas das medidas dos acordos anteriores, contrariamente ao sucedido nos de Bicesse, a O.N.U. tornou-se a mediadora do processo de paz. Entre 1997 e 1998, o Conselho de Segurança das Nações Unidas decretou inúmeras resoluções para pressionar a U.N.I.T.A. a cumprir o acordo de cessar-fogo e realizou diversas sanções por incumprimento das obrigações assinadas nos acordos (e.g., aquartelamento das tropas). Em 1999, a O.N.U. retirou do território angolano a maioria das suas forças de manutenção de paz, deixando apenas a M.O.N.U.A. (Missão de Observação da O.N.U. em Angola). Esta atitude permitiu a alguns deputados da U.N.I.T.A. (eleitos em 1992) ocuparem assentos no Parlamento e assim cumprir-se uma das cláusulas do Protocolo de Lusaka, a partilha de poder. Estes ministros, passaram a integrar o Governo de Unidade e Reconciliação Nacional (G.U.R.N.) que perdurou até às eleições de 2008, como previa o protocolo (Chimanda, 2010; Francisco, 2012).

materiais e humanas. Sebastião (2015) também considera que Angola pagou um preço elevado pela guerra civil, atendendo às inúmeras vítimas diretas e indiretas, ao desperdício de oportunidades de crescimento e progresso tanto tecnológico como social. As cidades cresceram de forma descontrolada, sem condições de subsistência e segurança, e ainda, motivou uma redução massiva da força de trabalho e de capital.

O primeiro Governo de Angola (correspondente à I República) era de sistema monopartidário ou de partido único e alicerçava-se na ideologia marxista-leninista. A este governo presidiram António Agostinho Neto (1975-1979) e José Eduardo dos Santos (1979-1992). Este período (1975 e 1992) foi marcado por inúmeros confrontos militares entre os exércitos do governo e da U.N.I.T.A. Até que, em 1992, com a intervenção da U.N.A.V.E.M. (*United Nations Angolan Verification Mission*) e sob a supervisão das Nações Unidas foram realizadas as primeiras eleições democráticas em Angola (Neto, 2014).

Em dezembro de 1990, ocorre o abandono formal do marxismo-leninismo enquanto ideologia oficial do regime de José Eduardo dos Santos. Em maio de 1991, é aprovada uma lei (de revisão) constitucional (Lei nº 12/91) que coloca o ponto final no regime monopartidário. Instituiu-se, assim, um Estado de Direito Democrático fundamentado no respeito pelos direitos humanos e deu-se início a um sistema político multipartidário. Este sistema político reduziu o papel do Estado na economia, permitindo uma maior abertura ao mercado, e ainda que de forma parcial, a liberalização da imprensa (Lei nº 25/91), mais abertura e liberdade à sociedade civil, nomeadamente o direito à greve (Lei nº 23/91), o direito à manifestação (Lei nº 16/91), bem como alguma segurança. Em setembro de 1992, uma segunda revisão constitucional, permitiu o aparecimento de vários partidos políticos, organizações não-governamentais, grupos e associações comunitárias. Esta revisão constitucional modificou a designação do país de *República Popular de Angola* para *República de Angola*. Nesta fase de transição de regimes (monopartidarismo ao multipartidarismo ou democracia), em maio de 1991, Bruxelas ordenou o cessar-fogo aos militares da U.N.I.T.A., e foi assinado o acordo de paz (Acordo de Paz de Bicesse) entre o M.P.L.A. e a U.N.I.T.A. Angola rumou, assim, às eleições de 1992, como vimos anteriormente (Chimanda, 2010; Sebastião, 2015).

Os Acordos de Bicesse previam um segundo turno de eleições, caso nenhum dos partidos alcançasse 50% dos votos. José Eduardo dos Santos, líder do M.P.L.A. alcançou 54% *versus* 34% por parte de Jonas Savimbi, líder da U.N.I.T.A., que havia deixado bem claro que não aceitava outro resultado eleitoral que não fosse a sua eleição a Presidente.

Sendo assim, os ataques militares da U.N.I.T.A. não cessaram nem com novos acordos, como o Protocolo de Lusaka que foi assinado a 20 de novembro de 1994. O exército de Savimbi efetuou massacres, em 1995 no município do Soyo (província do Zaire) e em 1998 na província de Malanje. Esta guerra sangrenta, apenas teve fim em abril de 2002 e para tal contribuiu a morte do líder da U.N.I.T.A., Jonas Savimbi a 22 de fevereiro de 2002 e, também, a assinatura do Memorando de Entendimento em Luena (província do Moxico), entre as Forças Armadas Angolanas (F.A.A.) e a liderança militar da U.N.I.T.A. a 4 de abril de 2002 (T. Neves, 2007; Pureza, *et al.*, 2007; Francisco, 2012; O.N.U., 2013; Neto, 2014; Sebastião, 2015).

A 5 e 6 de setembro de 2008, realizaram-se novas eleições legislativas, as quais simbolizaram a consolidação do processo democrático em Angola e marcaram a vida política deste país. Apesar da vitória absoluta e esmagadora do M.P.L.A., os resultados foram pacificamente aceites pela oposição (Francisco, 2012). O partido no poder, o M.P.L.A. (com o líder José Eduardo dos Santos) venceu em todas as províncias com 81,76%, o equivalente a 4.520.453 votos, e seguiu-se o seu principal opositor, a U.N.I.T.A. (com o novo líder Isaías Samakuva) com 10,36%, correspondente a 572.523 votos, e em terceiro lugar, ficou o Partido de Renovação Social (P.R.S.) com 3,14%, ou seja, 173.546 votos. Verificou-se que num intervalo de 16 anos (1992-2008) a U.N.I.T.A. perdeu aproximadamente um quarto dos seus eleitores (Tiburcio, 2009; Chimanda, 2010).

Em 2010, foi aprovada uma nova Constituição da República de Angola, na qual foi abolida a necessidade de eleição direta para a presidência, e este cargo passava a ser exercido pelo *cabeça de lista do partido mais votado nas eleições legislativas*, reconduzindo, em 2012, José Eduardo dos Santos à presidência do país (U.N.F.P.A., 2014, p. 14).

José Eduardo dos Santos é o Presidente da República de Angola em exercício desde 1979 e em 2012, foi reeleito. Cada mandato é de 5 anos e as próximas eleições estão previstas para agosto de 2017. Existe a possibilidade da sua manutenção no poder durar até 2022, como pode ser verificada na nova Constituição¹⁸ da República de Angola, de 2010,

¹⁸ Segundo a nova Constituição angolana, não é o voto popular que elege de forma direta o Presidente, mas o chefe de partido que possua maior número de assentos no Parlamento. Estabelece ainda, a extinção do cargo de primeiro-ministro, e faz emergir um novo cargo de vice-presidente, o qual corresponde ao segundo lugar da lista do partido vencedor. Deste modo, o Poder Executivo é em exclusivo do presidente da República, que se decidir abandonar, em pleno exercício, será substituído pelo Vice-presidente do partido (atualmente o Eng.º Manuel Vicente) que terminará o mandato com plenos poderes (Serra *et al.*, 2015). O Conselho de Ministros foi convertido em órgão auxiliar do presidente da República no exercício do Poder Executivo. Os poderes dos ministros de Estado, ministros e secretários de Estado, passaram a ser delegados pelo presidente da República. A Assembleia Nacional é composta por 223 membros. A estrutura jurídica angolana compõe-se em Tribunal Supremo, Tribunal Constitucional, tribunais provinciais e tribunais municipais. Sendo o presidente da República que nomeia os juizes para o Tribunal Supremo. É também o presidente que nomeia para cada província um governador, responsável por assegurar o normal funcionamento dos órgãos administrativos locais (Apex-Brasil, 2012).

na Secção II referente a *Mandato, Posse e Substituição* (Constituição da República de Angola, 2010, p. 38), mas que não acontecerá se a informação veiculada e assinalada pelo ainda Presidente se confirmar.

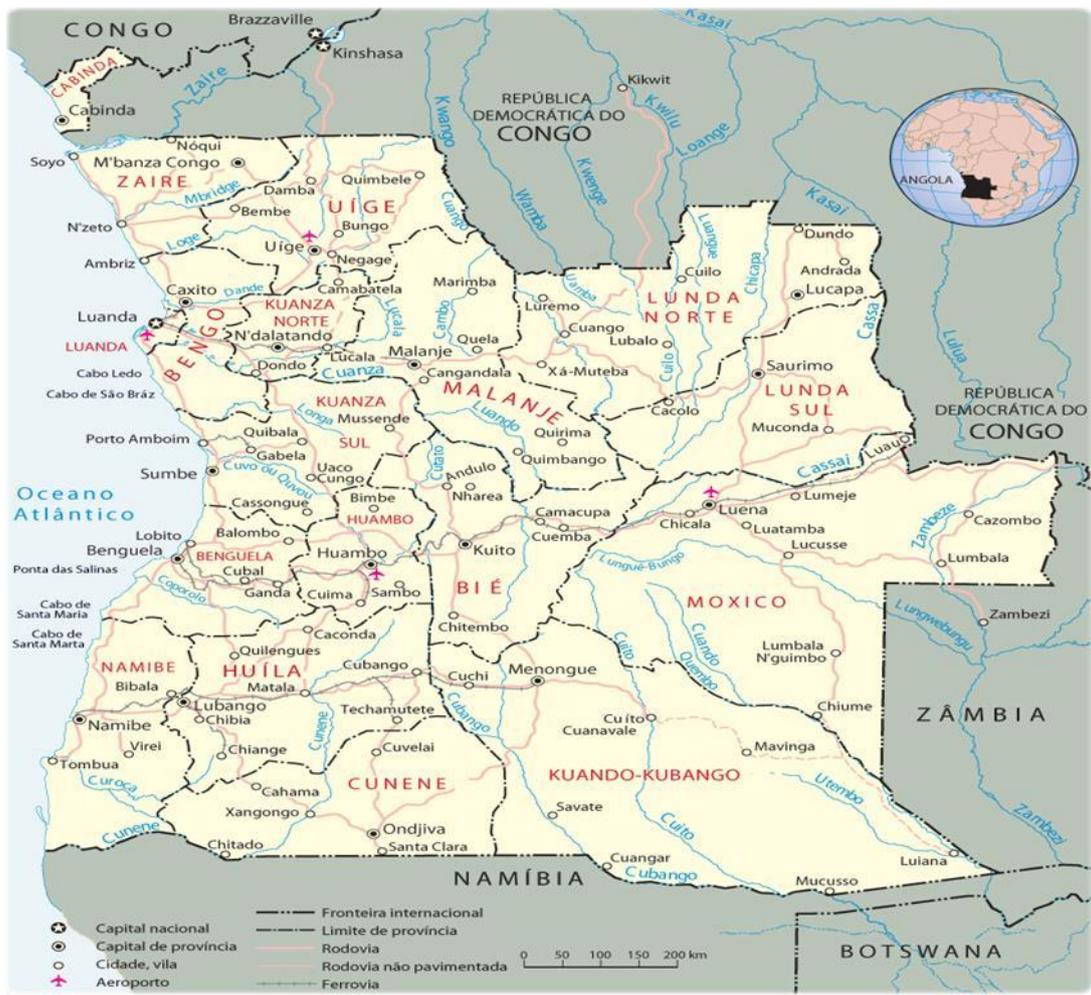
Após uma breve explanação sobre a história de Angola iremos contextualizar este país de acordo com a sua localização geográfica.

3.2. Localização e divisão geográfica e principais recursos hídricos

A República de Angola localiza-se na costa Ocidental da África Austral, a sul do equador. A maior parte do seu território está entre os paralelos 4° 22” de latitude e os meridianos 11° 41” e 24° 05” de longitude Este de Greenwich. Tem uma superfície terrestre de 1.246.700 km² e uma costa marítima de 1.650 km² de Norte ao Sul (I.N.E., 2013). A fronteira terrestre ocupa uma área de 4.837 km² de comprimento. No sentido Norte-Sul o território tem um comprimento aproximado de 1.277 km² e no sentido Oeste-Este de 1.236 km². A Norte, faz fronteira com a República do Congo e a República Democrática do Congo. A Leste, faz fronteira com a República da Zâmbia e a Sul com a República da Namíbia. A Oeste é banhada pelo Oceano Atlântico (I.N.E., 2013), como se pode observar na Figura 7.

Apesar da extensa fronteira marítima, Angola ainda conta com uma vasta rede hídrica proveniente de numerosos rios que *geram um enorme potencial hidroelétrico e recursos de irrigação* (Neto, 2014, p. 27). A origem dos recursos hidrográficos localiza-se nos topos planálticos das províncias do Huambo, do Bié e do Moxico, escoando em parte para o Oceano Atlântico (através dos rios Zaire, Kwanza e Cunene) e para o Oceano Índico (através dos rios Zambeze, Cuando e Cubango). À exceção dos rios Zaire e Zambeze, os restantes enchem os seus caudais a partir de 47 bacias hidrográficas, que drenam uma área aproximada de 254 km² e 290.000 km², das quais se destacam: Cubango de 156.122 km²; Kwanza de 155 mil km²; Cuando e Cunene com 90 mil km²; Keve com 23.169 km²; Longa 22.640 km²; Catumbela de 16.640 km²; e Bengo com 12.371 km². Angola dispõe de um total de 77 bacias hidrográficas, sendo as mais importantes as que acabamos de referir, pois as outras 30 bacias são muito pequenas e por isso inviáveis para o aproveitamento hidráulico (Jacinto, 2012; Elias, 2014).

Figura 7. Divisão administrativa da República de Angola e alguns elementos caracterizadores deste território



Fonte: U.N.F.P.A. (2014, p. iii).

O rio Kwanza é o maior rio de Angola, com uma extensão de 960 km, estando, na sua totalidade, em território nacional, desaguando no Oceano Atlântico (Neto, 2014). Tem a sua nascente em Mumbué (município do Chitembo, província do Bié) e possui uma direção/trajetória de Sul para Norte, com um ponto de inflexão para Oeste até desaguar no Oceano Atlântico, a Sul de Luanda, na Barra do Kwanza. Este rio assume grande importância por vários motivos. Como vimos anteriormente deu o nome à moeda nacional e possui um vasto potencial hidroagrícola abastecendo de água e energia elétrica, principalmente a província de Luanda. O rio Cunene e Cubango são considerados internacionais por terem extensão fora do território angolano. O rio Cunene percorre a

fronteira entre Angola e a Namíbia. O rio Cubango escoia para o Sudoeste de Angola, para o pântano de Okavango¹⁹ no Botswana (Jacinto, 2012).

Contrariamente à maioria dos caudais hidrológicos que desaguam em rios ou oceanos, Okavango desagua em área desértica, no denominado Deserto de Kalahari que possui uma extensão de quase 1 milhão de quilómetros quadrados, abrangendo parte do território angolano, parte da Namíbia e do Botswana na África do Sul. Esta bacia, além das potencialidades supracitadas, tem o poder de transformar uma zona árida, num espaço verdejante capaz de conquistar uma série de espécies animais (Setti, 2012), como se pode observar na Figura 8.

Figura 8. Imagens da bacia de Okavango



Fonte: Setti (2012) *Revista Online Veja.com* Em:<http://veja.abril.com.br/blog/ricardo-setti/tema-livre/fotos-deslumbrantes-okavango-o-rio-que-transforma-o-deserto-num-luxuriante-oasis-para-milhares-de-animais-selvagens/> (acesso a 18/11/2015).

O território angolano encontra-se dividido em 18 províncias: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cunene, Cuando Cubango, Cuanza-norte, Cuanza-sul, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda-norte, Lunda-sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge e Zaire (Figuras 9 e 10). Estas 18 Províncias encontram-se, por sua vez, subdivididas em 164 Municípios e 532 Comunas (Diário da República de Angola, 2010a).

Cada província possui uma capital e vários municípios, tal como se pode observar na Figura 9. A província com um maior número de municípios é o Uíge com 15, cuja capital tem o mesmo nome (Maquela do zombo, Quimbele, Damba, Buengas, Santa Cruz, Sanza-Pombo, Puri, Bungo, Mucaba, Uíge, Negage, Quitexe, Ambuila, Songo, Bembe e Cangola). Segue-se a província da Huíla, cuja capital é o Lubango, possuindo 14

¹⁹ A importância da bacia de Okavango foi salientada recentemente, pelo ministro da Energia e Águas, João Baptista Borges. O ministro garantiu à A.N.G.O.P. a 11 de junho de 2013, que a gestão desta bacia permitiria *o equilíbrio adequado entre a conservação e o desenvolvimento dos recursos hídricos*. Esclareceu ainda que, o Governo realizou um acordo, do qual emerge a *Okacom - Comissão Trinacional*, com a Namíbia e o Botswana, para a exploração do potencial hídrico de Okavango (A.N.G.O.P., 2013).

municípios [Quilengues, Lubango, Humpata, Chibia, Gambos (Ex. Chiange), Quipungo, Caluquembe, Caconda, Cacula, Chicomba, Matala, Jamba, Chipindo e Kuvango]. A província de Malange, cuja capital também se denomina de Malange, possui igualmente 14 municípios (Massango, Marimba, Kunda-dia-baze, Caombo, Calandula, Cacuso, Malanje, Kiwaba-Nzogi, Mucari, Quela, Cangandala, Cambudi-catembo, Luquembo e Quirima). A província de Luanda (é a capital de Angola e possui um capital com o mesmo nome) tem 7 municípios (Luanda, Icolo e Bengo, Cazenga, Belas, Quissama, Viana e Cacuaco). As províncias com menos municípios, apenas 4, são Cabinda (Cabinda a capital da província, Cacongo, Bucu Zau e Belise), e Lunda-Sul (Cacolo, Dala, Muconda e Saurimo, a sua capital) (I.N.E., 2013).

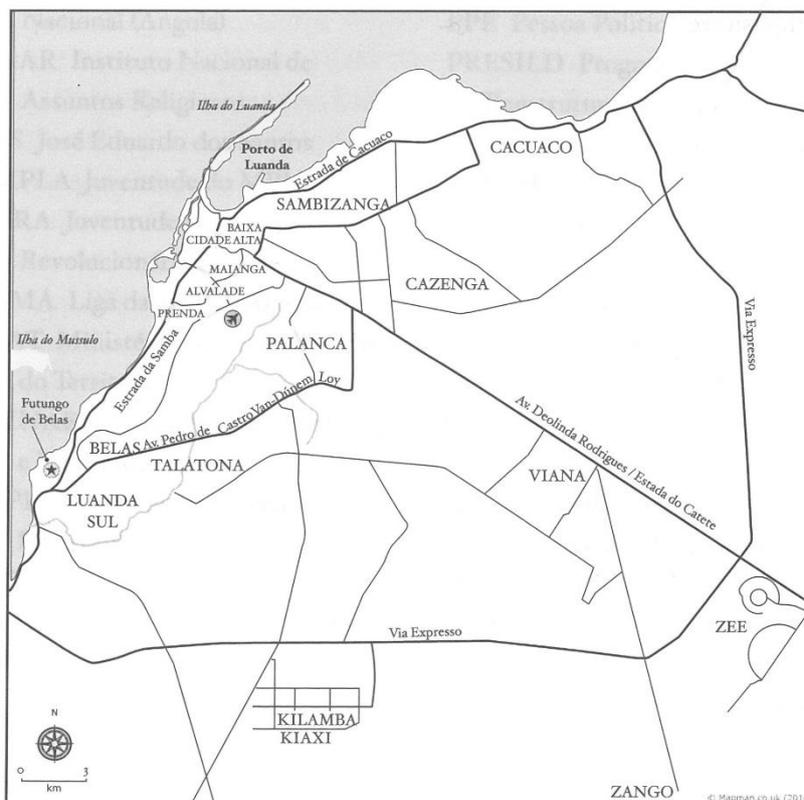
Figura 9: Divisão administrativa de Angola, províncias e suas capitais



Fonte: R.S. Oliveira (2015, p. 17).

Para o nosso estudo importa ainda conhecer as Comunas e Bairros da província de Luanda, por se tratar do território onde decorreu a nossa investigação (Figura 10).

Figura 10. Comunas da província de Luanda



Fonte: R.S. Oliveira (2015, p. 16).

Verificamos que Luanda é composta por 7 municípios que se dividem em diversas Comunas e Bairros, de acordo com a seguinte segmentação (www.infoangola.com; canal82.blogspot.pt, acesso a 14 de maio de 2016)²⁰:

1. Cazenga (Cazenga, Tala Hady e Hoji ya Henda, 11 de Novembro);
2. Belas (Camama, Talatona, Kilamba, Benfica, Futungo de Belas, Ramiros, Barra do Kwanza e Mussulo);
3. Viana (Viana, Mbaia, Zango e Calumbo);
4. Cacuoaco (Cacuoaco, Kicolo e Funda);
5. Icolo e Bengo (Catete, Calibi, Bom Jesus, Cassoneca e Caculo Cahango);
6. Quissama (Quissama, Cabo Ledo, Muxima, Demba-Chio, Mumbondo e Quixinge);

²⁰Informação disponível em:
http://www.infoangola.com/index.php?option=com_content&view=article&id=376:comunas&catid=375:comunas&Itemid=1464 (14 de maio de 2016).
<http://canal82.blogspot.pt/2014/02/lista-de-bairros-de-luanda-por-distrito.html> (14 de maio de 2016).

7. Luanda (Ingombota, Maianga, Kilamba-Kiaxe, Rangel, Samba e Sambizanga).

O município de Luanda é o único que além das divisões (Comunas), possui subdivisões (Bairros):

1. Ingombota (Ingombota, Cruzeiro, Kinaxixi, Boavista, Chicala I e II, Quinanga, Patrice Lumumba, Maculusso, Mutamba, Ilha do Cabo, Baleizão e Marginal de Luanda);
2. Maianga (Maianga, Cassequel, Prenda, Cassenda, Prenda, Alvalade, 1º de Maio, Catambor e Mártires do Kifangondo);
3. Kilamba Kiaxi (Popular, Golf I e II, Neves Bendinha e Palanca);
4. Rangel (Rangel, Vila Alice, Terra Nova e Marçal);
5. Samba (Samba, Corimba, Rocha Pinto, Morro Bento e Morro da Luz);
6. Sambizanga (Petrangol, Miramar, Marçal, Bairro dos Ossos, Bairro dos Kwanzas, Bairro Operário, Sambizanga, Combatentes, São Pedro da Barra, Porto Pesqueiro da Boa Vista e Ngola Kiluange).

3.3. Caracterização climática

Estando a República de Angola localizada na zona intertropical e subtropical do hemisfério sul é influenciada pelos fatores climáticos gerais comuns a essa zona geográfica, como a radiação solar, a latitude e a circulação geral da atmosfera. É, ainda, influenciada pelos fatores regionais e locais (topografia e exposição), como o fato de ser banhada pelo Oceano Atlântico e em especial pela corrente fria de Benguela (I.N.E., 2013).

Angola possui um clima tropical, com duas estações: uma seca e fria, no período de maio a setembro, denominada de *cacimbo*, cuja temperatura média ronda os 17°C; e outra de outubro a abril, quente e húmida, marcada pelas chuvas, com uma temperatura média de 27°C (Diário da República de Angola, 2010a)

A Norte e a Nordeste do país o clima apresenta-se tropical húmido com temperaturas e pluviosidade elevadas. Nos planaltos, por influência da altitude, o clima altera-se e a temperatura média pode descer aos 19°C, ou menos durante a estação fria e seca, com amplitudes térmicas diárias acentuadas. A pluviosidade diminui de Norte para Sul e nas regiões do interior a precipitação pode oscilar entre 600 mm e 1000 mm. Quanto à humidade é elevada, sendo a humidade relativa média anual superior a 30% (Zau, 2005).

Em termos climáticos, Angola possui duas grandes regiões. Uma *Litoral*, de clima tropical seco, a norte, desértico, a sul, com humidade relativa superior a 30% e temperatura

média anual superior a 23°C, e outra *Interior*, que compreende *três subzonas* (I.N.E., 2013, p. 21):

a) A primeira, denominada de *Tropical húmida*, abrange o espaço do interior, a Norte e Nordeste. Caracteriza-se por temperaturas altas e chuva abundante. Abrange as províncias de Cabinda, Congo e Uíge, localizadas a Norte do País, que possuem florestas densas e longos períodos de chuva, bem como temperaturas elevadas ao longo do ano. Os povos que habitam esta região são geralmente afetados por doenças tropicais como a tripanossomíase, o paludismo (malária) e outras doenças parasitárias, como a dengue (I.N.E., 2013).

A relação entre características climáticas e saúde é discutida mais adiante a respeito do perfil epidemiológico angolano. Gostaríamos de salientar, tal como refere a U.N.I.C.E.F. (2015b), que toda e qualquer alteração climática não afeta a generalidade das pessoas de forma equitativa. As mudanças de clima tornam-se mais acentuadas nos espaços rurais, onde se verifica um maior índice de pobreza, carência de acesso a serviços e bens essenciais como, a água potável, o saneamento básico e cuidados primários de saúde. Este cenário vulnerabiliza as populações em termos de doenças parasitárias e transmissíveis, como meningite e a cólera. As crianças são especialmente vulneráveis a alterações climáticas, pois têm mais dificuldade em regular a temperatura corporal, pelo que mais facilmente entram em hipertermia e desidratação. Paralelamente, apresentam um risco superior ao dos adultos, quanto à subnutrição, às doenças diarreicas e parasitárias, porque necessitam de consumir mais água e alimentos por unidade de peso corporal (U.N.I.C.E.F., 2015b). Consideramos ser esta uma temática particularmente relevante, para a saúde das pessoas, mas não nos cabe na presente investigação aprofundá-lo, pelo que sugerimos as leituras sobre o Acordo de Copenhaga (2009) e o mais recente acordo realizado, datado de 2015, sobre alterações climáticas, o Acordo de Paris.

b) Existe ainda a subzona *Tropical modificada pela altitude*, que abrange regiões altas - entre os mil e os mil e seiscentos metros - como o planalto central de Angola. As temperaturas médias inferiores rondam os 19°C. Na estação seca, as temperaturas são mais baixas e no Sudoeste verificam-se grandes amplitudes térmicas diurnas. O planalto central de Angola ocupa aproximadamente 70% do território nacional. É povoado por agricultores *apesar das terras não serem de grande qualidade, são beneficiados por uma ampla rede orográfica resultado de um longo período de chuvas*. Nesta região, existe ainda uma *cordilheira montanhosa que em alguns pontos chega a 2.620 metros de altitude* (Almeida, 2011, p. 2).

c) Temos, por último, a subzona *Semiárida no sudoeste*, que se localiza entre a costa do atlântico e a cordilheira montanhosa. Trata-se de uma região desértica, que inclui o Deserto do Kalahari e o Deserto do Namibe (Almeida, 2011), e possui uma pluviosidade média anual compreendida entre os 500mm e os 800mm e temperaturas baixas durante o período noturno na estação seca (I.N.E., 2013).

3.4. Caraterização sociodemográfica

No que diz respeito a indicadores demográficos, a literatura analisada reflete as dificuldades em encontrar estatísticas precisas (variam de documento para documento) e atualizadas, o que dificulta ou impede uma análise rigorosa dos elementos em estudo. Tal fato pode dever-se a várias falhas na recolha, no registo e no envio e análise da informação. Este fato reporta-nos para a necessidade de qualificação e formação de recursos humanos para ser facilitado, agilizado e sistematizado o processo de recolha, registo e análise de novos dados. Registam-se ainda falhas na coordenação das atividades aos diferentes níveis, regiões, municípios e comunas. Sabemos que a descentralização é um processo recente e Angola está no bom caminho para a superação deste tipo de debilidades, uma vez que tem potencializado as capacidades dos órgãos provinciais.

Ricardo Soares de Oliveira (2015, p. 46) no livro *Magnífica e Miserável: Angola desde a Guerra Civil* alude a grande dificuldade em fazer-se investigação em Angola, devido à *escassez de dados fidedignos e de informação estatística credível*. O autor justifica esta situação através da *lendária desconfiança, ou melhor, aversão do governo angolano em relação aos investigadores parece ter-se acentuado um pouco nos últimos tempos*.

O primeiro Censo Populacional realizado em Angola foi em 1970, tendo sido registados 5.646.166 habitantes. E só se voltou a realizar um Recenseamento deste tipo, com cobertura nacional, em 2014, mais concretamente de 16 a 31 de maio de 2014 (A.I.P., 2015; Serra *et al.*, 2015). Entre estes dois momentos censitários, o Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.) realizou contagens parciais em algumas províncias, o que permitiu efetuar projeções sobre o volume e distribuição demográfica da população angolana, em 1983 e 1996. Atendendo a estas estimativas, estimou-se para 2013, uma população residente de 19.183.590; concentrando-se 27% em Luanda, 9,5% em Benguela, a segunda província mais populosa, e com apenas 1,8% a província menos populosa, o Namibe. Verifica-se, assim, uma distribuição desigual da população, para a qual contribuiu o período de guerra civil (especialmente entre 1992 e 2002) que motivou a mobilidade da

população em direção às grandes cidades. O I.N.E. estimou ainda, para 2013, uma taxa de crescimento anual da população, entre 2,8% e 3% (U.N.F.P.A., 2014).

De acordo com os Resultados Preliminares do último Censo populacional, em 2014, verificou-se que a população angolana era de 24,3 milhões de habitantes, dos quais 11,8 milhões eram do sexo masculino (48%) e 12,5 milhões do sexo feminino (52%) (I.N.E., 2014; A.I.P., 2015; Serra *et al.*, 2015). Apresenta um índice de masculinidade (rácio homens/mulheres) igual a 94, o que significa que existem para cada 100 mulheres, 94 homens. A província em que este rácio é mais baixo é a do Cunene, onde existem para cada 100 mulheres, 88 homens. A única exceção verifica-se na província da Lunda Norte, onde o índice de masculinidade é de 106, ou seja, há 106 homens para cada 100 mulheres (I.N.E., 2014; A.I.P., 2015 – Quadro 3).

Quadro 3. População residente por província e área de residência, segundo o sexo e índice de masculinidade

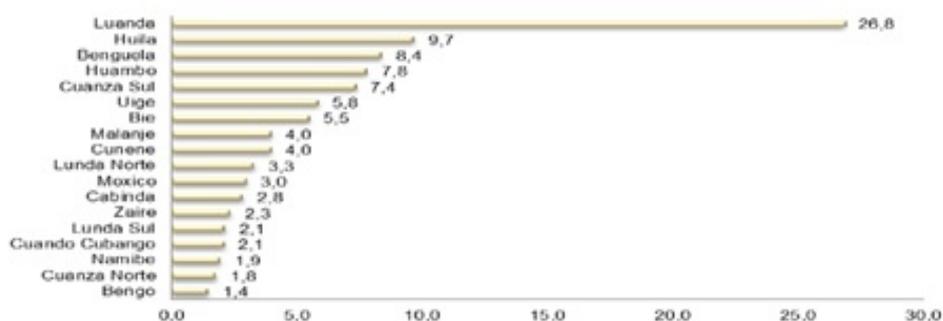
Província/Área de Residência	Total		Homens		Mulheres		Índice de masculinidade
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Angola	24.383.301	100.0	11.803.488	100.0	12.579.813	100,0	93.8
Urbana	15.182.898	62.3	7.373.503	62.5	7.809.395	62.1	94.4
Rural	9.200.403	37.7	4.429.985	37.5	4.770.418	37.9	92.9
Províncias							
Cabinda	688.285	2.8	337.068	2.9	351.217	2.8	96.0
Zaire	567.225	2.1	281.892	2.1	285.333	2.0	98.8
Luanda	6.542.944	26.9	3.205.346	27.2	3.337.598	26.6	96.0
Cuanza Norte	427.971	1.8	208.933	1.8	219.038	1.7	95.4
Cuanza Sul	1.793.787	7.4	865.021	7.3	928.766	7.4	93.1
Malange	968.135	4.0	471.788	4.0	496.347	4.0	95.1
Uíge	1.426.354	5.9	698.958	5.9	727.396	5.8	96.1
Lunda Norte	799.950	3.3	411.030	3.5	388.920	3.1	105.7
Benguela	2.036.662	8.4	961.484	8.2	1.075.178	8.6	89.4
Huambo	1.896.147	7.8	899.690	7.6	996.457	7.9	90.3
Bié	1.338.923	5.5	636.370	5.4	702.553	5.6	90.6
Moxico	727.594	3.0	353.986	3.0	373.608	3.0	94.7
Cuando Cubango	510.369	2.1	247.983	2.1	262.386	2.1	94.5
Namibe	471.613	1.9	227.653	1.9	243.960	1.9	93.3
Huila	2.354.398	9.7	1.117.342	9.5	1.237.056	9.9	90.3
Cunene	965.288	4.0	450.814	3.8	514.474	4.1	87.6
Lunda Sul	516.077	2.1	253.768	2.2	262.309	2.1	96.7
Bengo	351.579	1.4	174.362	1.5	177.217	1.4	98.4

Fonte: I.N.E. (2014, p. 27).

A densidade populacional em Angola é de 19 hab./km² (A.I.P., 2015). A maioria dos habitantes concentram-se nas áreas urbanas (62,3% - Quadro 3). A província mais populosa

é Luanda com 6,5 milhões de habitantes e, também, a província com maior densidade populacional (347 hab./km²). As províncias do Moxico e de Cuando Cubango, situadas a Leste do País, são as menos povoadas, com 4 e 3 habitantes por Km², respetivamente (I.N.E., 2014; A.I.P., 2015; Serra *et al.*, 2015). Observemos Figura 11. sobre a distribuição percentual da população residente por província.

Figura 11. Distribuição percentual da população residente por província, em 2014



Fonte: I.N.E. (2014, p. 28).

Luanda concentra, assim, 27% do total da população do país. Segue-se a província da Huíla com 10%, Huambo e Benguela com 8%, Cuanza-Sul com 7% e com 6% as províncias do Bié e Uíge. A província onde residem menos habitantes é a do Bengo com apenas 1,4% (I.N.E., 2014; A.I.P., 2015).

Quanto à estrutura populacional, nomeadamente a sua distribuição por sexo e idade, podemos afirmar que a população angolana é maioritariamente jovem, *até mesmo para os padrões da África Subsariana* (Serra *et al.*, 2015, p. 14). As estimativas da *Central Intelligence Agency* (C.I.A.) para 2015, corroboram indicando o seguinte: 43% da população angolana tem idade inferior a 15 anos; 21% tem entre 15 e 24 anos; 29% tem entre 25 e 54 anos; 4% tem entre 55 e 64 anos e apenas 3% tem 65 ou mais anos de idade. Estes dados são confirmados pelo Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 (U.N.D.P., 2015). Segundo este Relatório, a idade média da população angolana corresponde a 16,4 anos de idade, o Índice de dependência (0-14 anos) é de 92,9% e o Índice de dependência (65 ou mais anos) é de 4,8%. E aos 60 anos de idade a população angolana ainda pode esperar uma sobrevivência de 15,7 anos (U.N.D.P., 2015).

Tal significa que independentemente do crescimento anual da população a sua estrutura de população jovem é mantida, o que sugere elevadas taxas de natalidade e uma

reduzida ou uma mais controlada mortalidade infantojuvenil, como iremos verificar mais adiante.

Em relação à esperança de vida à nascença da população angolana, a literatura analisada permite-nos referir que é baixa, uma vez que exhibe valores inferiores aos do seu conjunto, ou região em que se insere. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2013, Angola apresentava em 2012, uma esperança de vida à nascença de 51,5 anos e para a África Subsariana o valor era mais alto, ou seja, de 54,9 (P.N.U.D., 2013).

Em 2015, verificaram-se ligeiras melhorias neste indicador, visto que à nascença a esperança de vida dos angolanos subiu para 52 anos, sendo de 53 anos para as mulheres e de 50 anos para os homens (P.R.B., 2015). De acordo com os dados do *Population Reference Bureau 2015* (P.R.B., 2015), e se realizarmos uma análise da esperança de vida à nascença, comparando Angola com a região (África Subsaariana) em que se insere, ou com o panorama mundial, verificamos que o país se encontra muito abaixo neste indicador. Comparando a esperança de vida à nascença dos angolanos (de 52 anos, 50 anos para os homens e 53 para as mulheres) com a média mundial (71 anos, 69 anos para os homens e 73 para as mulheres), verifica-se que os angolanos vivem em média menos 20 anos. Se efetuarmos a comparação entre Angola e a região da África subsaariana (no geral é de 57 anos, sendo 56 anos para os homens e 59 para as mulheres) verificamos que a diferença é de apenas 6 anos menos, revelando uma situação negativa para o país.

No que respeita à taxa de fecundidade total, Angola já esteve em segundo lugar na taxa de fecundidade mais alta no mundo (Klaveren *et al.*, 2009). O Inquérito de Indicadores de Malária em Angola (I.I.M.A., 2011) apresenta um pequeno estudo que correlaciona a taxa de fecundidade total (Número médio de filhos por mulher) com alguns indicadores socioeconómicos. Este estudo indica que entre 2009 e 2011, a taxa de fecundidade total era de 6,3 filhos por mulher. Verifica-se que este índice é mais elevado nos espaços rurais (7,7), quando a mulher não é escolarizada (8,0) e se se enquadra num Quintil de riqueza mais baixo (8,0). É mais baixo, ou seja, é menor o número médio de filhos por mulher, nos espaços urbanos (4,6), à medida que aumenta o nível de instrução, pois mulheres que possuem o nível secundário ou superior apresentam um valor de 3,3, assim como as que pertencem a um Quintil de riqueza mais alto (4,5).

Segundo dados mais atuais do *Population Reference Bureau 2015* (P.R.B., 2015), Angola mantém-se entre os países com mais elevada taxa de fecundidade total, a nível mundial, encontrando-se em 8º lugar, com 6,1 filhos por mulher e uma taxa de natalidade de 46‰ (46 nados-vivos por cada 1.000 habitantes).

Além disso, a taxa de fecundidade na adolescência (mulheres dos 15 aos 19 anos de idade) aumentou ao longo das últimas décadas. Entre 1990 e 2008 nasceram 124 crianças por cada mil mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade (P.N.U.D., 2010). Entre 2010 e 2015 estimou-se o nascimento de 170 crianças por cada mil mulheres grávidas (U.N.D.P., 2015). A *U.N. System* (2002); o *World Bank – W.D.I*; a O.M.S. (2008), o C.I.A. *World Factbook* apud Klaveren *et al.* (2009) indicam que cerca de 20% das angolanas estão grávidas ou já estiveram até à idade de 16 anos e cerca de 70% de todas as mulheres angolanas já tiveram pelo menos um filho, até aos 20 anos. Em Angola, segundo o Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População 2008-2009 (I.B.E.P.), a idade mediana para o nascimento do primeiro filho é de 18 anos em áreas rurais, subindo para os 19 anos nas áreas urbanas (I.N.E., 2010).

Em relação à taxa média anual de crescimento demográfico ou crescimento anual da população, verificamos que em 2013 variava ligeiramente de acordo com a fonte de referência. Porém, podemos assinalar que se situa à volta dos 3%. De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 a população angolana está a crescer a uma taxa de 3,1%. (U.N.D.P., 2015). O Banco Mundial aponta para 2,9% a taxa de crescimento anual (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b). O I.N.E. estimou que este índice se situaria, em 2013, entre 2,8% e 3% (U.N.F.P.A., 2014). Serra *et al.* (2015), nos seus estudos sobre indicadores sociais e demográficos, mencionam que entre 2009 e 2014 a população angolana cresceu a uma taxa anual de 3%. Este fato verificou-se nos últimos anos, uma vez que já em 2010 a taxa de crescimento anual da população angolana se situou nos 2,7% como refere o relatório do I.N.L.S./M.I.N.S.A. (2012).

Se associarmos a taxa de crescimento anual à elevada taxa de fecundidade total (cada mulher tem em média 6 filhos), constatamos que a população está e irá crescer muito rapidamente, pelo que se prevê que no ano de 2020 a população angolana possa exceder os 29 milhões de habitantes (Serra *et al.*, 2015). Tal cenário não é isento de preocupações, uma vez que o acelerado e não controlado crescimento demográfico, poderá acarretar consequências desastrosas para as famílias, como deterioração das condições gerais de vida e subsistência, nomeada e principalmente, na diminuição da subsistência alimentar, e o suprimento destas necessidades fará crescer as economias informais (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013). Deste modo, o elevado crescimento demográfico deve ser considerado um obstáculo ao desenvolvimento económico, uma vez que leva à escassez de recursos, faz aumentar a pobreza e ameaça a estabilidade política global (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Estes aspetos

serão melhor analisados e discutidos no *item 3.7* referente aos indicadores socioeconómicos.

Num país com regime demográfico moderno, passam a ser reduzidas as taxas de natalidade, as de fecundidade, as de mortalidade materna e infantil, assim como a população com idade inferior a 15 anos detém pouca expressão (Lee e Mason, 2010; Galor, 2012). Podemos afirmar que Angola ainda se encontra numa fase inicial de transição, uma vez que ao longo dos anos se assiste a um decréscimo nas taxas de mortalidade infantil e de fecundidade, mas estas ainda são altas. O que se espera é que esta última taxa estabilize e a primeira continue a diminuir.

No que diz respeito, à taxa de mortalidade no adulto, o P.N.U.D. (2014) indica que no ano de 2011, era de 331‰ (331 óbitos por cada 1.000 habitantes) para as mulheres e de 383‰ para os homens. Segundo dados recentes do Relatório de Desenvolvimento Humano 2015, ocorreu uma melhoria neste indicador, de 2011 para 2013, tendo a taxa de mortalidade feminina e masculina, reduzido para 322‰ e 372‰, respetivamente (U.N.D.P., 2015). Este fato é um indicador de melhorias nas condições de vida da população.

No que respeita à taxa de mortalidade infantil, em 2012, Angola encontrava-se em 2º lugar num *ranking* de 224 países, contando com 164‰ (164 óbitos de crianças com menos de um ano de vida, por cada 1.000 nados-vivos), sendo apenas superada pela Serra Leoa, contabilizando no mesmo ano, 182‰ (U.N.I.C.E.F., 2014). Contudo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 (U.N.D.P., 2015) revela melhorias nas taxas de mortalidade infantil em 2013, sendo de 101,6‰.

A literatura analisada sobre esta taxa, indica que cerca de 40% das mortes neonatais, ou seja, mortes ocorridas antes dos 28 dias de vida, são na sua maioria motivadas por complicações resultantes do nascimento prematuro ou por problemas ocorridos durante o parto. A nível mundial, em 2011, ocorreram 3 milhões de mortes neonatais e as regiões com maior incidência foram o Sul da Ásia e a África Subsariana (U.N.I.C.E.F., 2012). Angola também apresenta melhorias neste indicador, uma vez que o Relatório Social de Angola 2013 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a) reporta que em 2012 a mortalidade neonatal foi de 99,5‰. Este decréscimo foi alcançado devido aos cuidados associados à saúde materna e reprodutiva, tais como: o acompanhamento da gravidez, a consulta pré-natal, uma melhor nutrição (que levou inclusive a reduzir a taxa de crianças subnutridas de 31% para 16%) e aos cuidados preventivos, associados à cobertura vacinal, a melhores cuidados de higiene e à melhoria do acesso à água potável (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Quanto mais

escolarizada é uma população, maior o nível de acesso à informação e a medidas preventivas, assim como a adoção de comportamentos e atitudes mais saudáveis.

A respeito da taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos de idade, em 2011, Angola estava em 8º lugar no Top 10 dos países com mais elevada taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos. De 1960 para 1980, diminuiu o número de casos de 345‰ para 261‰. Em 1995 houve um aumento para 295‰ (295 casos por mil). Em 2013, verificou-se um novo declínio na taxa de mortalidade de crianças com menos de 5 anos para 167,4‰ (P.N.U.D., 2015a; U.N.D.P., 2015).

Apesar das melhorias, este indicador permanece elevado, o que pode ser explicado devido aos constrangimentos ou debilidades dos serviços de saúde e atendimento por parte dos profissionais de saúde, assim como às condições de vida precárias da maioria da população, no que se refere ao acesso a água potável, a redes sanitárias e saneamento básico. Se observarmos os valores destes indicadores (mortalidade infantil e mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos) no panorama mundial, podemos afirmar que Angola não acompanhou o ritmo da sua região, uma vez que, a África Subsariana registou entre 1990 e 2011 um declínio de 39% na taxa de mortalidade de menores de cinco anos (U.N.I.C.E.F., 2012). Em 2013, a África Subsaariana registou 60,8‰ mortes de crianças com idade inferior a 1 ano e 91,2‰ de mortes em crianças com idade inferior a 5 anos, enquanto que Angola, no mesmo ano, registou 101,6‰ mortes em crianças com menos de 1 ano e de 167,4‰ em crianças com menos de 5 anos (U.N.D.P., 2015).

O Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População 2008-2009 (I.B.E.P., 2008-2009) demonstra que, ao nível das taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil, as taxas são mais elevadas nas áreas rurais do que nas urbanas.

No Relatório de Estimativas sobre Mortalidade Infantil em 2012 a U.N.I.C.E.F. (2012) refere que a principal causa de morte em menores de 5 anos de idade, é a pneumonia (18%) traduzindo-se em 2011 em cerca de 1,3 milhões de mortes a nível mundial, mas com maior incidência na África Subsariana e na Ásia. A segunda causa de morte em menores de 5 anos, a nível mundial, é a diarreia, estimada em 11% e baixou cerca de um terço nos últimos anos, passando de 1,2 milhões de mortes no ano 2000, para 0,7 milhões em 2011. Quanto à prevalência de mortes em menores de 5 anos, devido a infeção por V.I.H., é na África Subsariana que se registam os índices mais elevados. Em 2010, rondava os 10%.

O Relatório Social de Angola 2013 do Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a, p. 53) aponta como fatores responsáveis por estas taxas elevadas de mortalidade infantil e infantojuvenil, os seguintes:

deficiente fornecimento de serviços e atendimento por profissionais de saúde, o baixo acesso a água potável, a redes sanitárias, ao saneamento básico, a má nutrição crónica e a carência de serviços urbanos adequados, bem como ao estado degradado das vias do interior.

De acordo com o Relatório de progresso mais recente da U.N.I.C.E.F. (2015a) *Fair Chance for Every Child: the Promise of Equity*, entre 1990 e 2013, a taxa de mortalidade infantil declinou aproximadamente 47%, e a taxa de mortalidade em crianças com idade inferior a 5 anos, declinou cerca de 53%, a nível mundial. Para a redução destas taxas, acreditamos que muito terão contribuído as ações empreendidas a nível global, decorrentes do compromisso com os O.D.M. (Objetivos do Milénio), nomeadamente o Objetivo nº4, Meta 5: *reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos*. Este relatório assinala três fatores que contribuem ou concorrem para a mortalidade infantil abaixo dos 5 anos: residir numa área rural (1,7 vezes mais probabilidade de morte infantil do que residir em contexto urbano); nascer numa família com fracos recursos económicos (representa uma probabilidade de morte infantil cerca de 1,9 vezes superior) e, por último, o baixo nível de escolaridade da progenitora (fator que contribui com cerca de 2,8 vezes mais para a probabilidade de morte infantil).

Apesar das melhorias verificadas em todas as regiões do mundo, na redução da mortalidade infantil, foi a África Subsaariana que registou menos progresso. Continua a verificar-se uma disparidade de acesso aos cuidados de saúde entre os mais abastados e os mais desfavorecidos, especialmente no recurso a intervenções que permitem salvar vidas, como o diagnóstico de suspeita de pneumonia, o tratamento com sais de reidratação oral nos casos de diarreia e atitudes preventivas da malária, como uso de redes mosquiteiras impregnadas ou tratadas (U.N.I.C.E.F., 2015a).

Em Angola, relativamente à taxa de mortalidade materna, tem-se verificado uma grande melhoria desde o ano de 2000, quando foram fixados os Objetivos do Milénio (O.D.M.). Esta taxa é calculada através do número de mulheres que morrem durante o período gestacional ou no parto ou no puerpério, por cem mil nados-vivos. Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2003 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a), em 1995, a taxa de mortalidade materna em Angola era de 1.300/100.000, o que significa que por cada cem mil nados-vivos morriam mil e trezentas mulheres. Em 2010, verificaram-se menos 850 mortes, tendo a mortalidade materna passado de 1.300/100.000 para 450/100.000 (P.N.U.D., 2014 C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Em 2013, verificou-se infelizmente, ainda que ligeiro, um novo aumento do número de mortes maternas cifrando-se em 460/100.000,

porém este número é, também, ligeiramente inferior ao número de mortes maternas verificadas na região da África Subsaariana na ordem de 488/100.000 segundo o *Population Reference Bureau 2015* (P.R.B., 2015). Também o Relatório de Desenvolvimento Humano 2015 revela que em 2013 a mortalidade materna se cifrou em 460/100.000 e dá conta de um número ligeiramente mais elevado de mortes maternas ao nível da região equivalente a 506/100.000 (U.N.D.P., 2015).

Apesar de neste indicador Angola apresentar melhorias em relação à região Subsaariana, o número de mortes maternas é elevado e pode ser explicado devido à frequente ocorrência do parto fora dos serviços de saúde. Em 2013, apenas 47% das parturientes tiveram assistência médica durante o parto, percentagem esta superior à da região Subsaariana, que apresentou uma média de 41% de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado. Estes aspetos haviam sido já discutidos no Relatório Social 2012 do Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013), o qual indica que a situação ideal em saúde materna em Angola está longe de ser resolvida, pois apenas metade da população em idade fértil, recorre a serviços de saúde para consultas pré-natal e assistência médica no parto, principalmente nas áreas rurais. Este fato dificultou o atingir da meta prevista nos O.D.M. para 2015, de 350/100.000 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Como os partos ocorrem fora dos serviços de saúde, também dificulta ou até mesmo impede a real e precisa atualização de dados e informações relativas à taxa de mortalidade materna, tornando-a pouco consistente ou abrangente, pela impossibilidade de contabilizar ou prever o número de nados-vivos que ocorrem fora do sistema nacional de saúde.

Para o alcance de melhorias neste indicador, consideramos de suma importância a sensibilização e empoderamento das jovens e mulheres grávidas, para a realização de consultas durante a gravidez (fase pré-natal) e o atendimento ou assistência médica no momento do parto. Deste modo, evitam-se complicações desnecessárias para a mãe e para o neonato, assim como permite a redução de morte por causas obstétricas. O Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (I.B.E.P. 2008-2009) menciona que as principais causas obstétricas de mortalidade materna, são: a hemorragia em 33%, o aborto em 24%, a septicemia em 17%, a toxemia em 14%, e a rotura uterina em 9% das parturientes. O Relatório Social de Angola 2013 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a) indica a notificação de 550 mortes maternas ocorridas em instituições públicas de saúde, cujas causas (de 398 casos), foram: diretas (76% dos casos) - hemorragia (141), pré-eclampsia

(69), infecção puerperal (37), rutura uterina (27) e aborto (30); e indiretas (24% dos casos) - malária (79) e hepatite (15).

Assim, Angola para alcançar o objetivo 5 - *Melhorar a saúde materna Meta 6 Reduzir em três quartos, entre 1999 e 2015*, a taxa de mortalidade materna (P.N.U.D., 2003, p. 2) necessita insistir nos esforços para a redução dos valores deste indicador, sensibilizando a população para a necessidade do acompanhamento e atendimento médico e cuidados pré-natais. Neste sentido, os estudos desenvolvidos pelo Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013) indicam a necessidade de se favorecerem os acessos aos cuidados de saúde primários, uma assistência qualificada durante a gravidez e outros cuidados pré-natais que permitem a deteção de doenças da mãe, sendo importante considerar o planeamento familiar e a utilização do preservativo para a prevenção de doenças transmissíveis, uma vez que as *taxas de mortalidade materna são também geralmente mais elevadas nos países onde as mulheres têm menos controlo sobre a sua integridade física* (P.N.U.D., 2014, p. 77).

As melhorias em alguns dos indicadores sociais, refletem os esforços governamentais em termos de disponibilização de recursos financeiros e de eficácia dos programas desenvolvidos para a melhoria da qualidade de vida das populações, nomeadamente, através de Planos Estratégicos e Programas, tais como o Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva (2002-2006), apoiado pelo U.N.F.P.A. (Fundo das Nações Unidas Para a População) e pela U.N.I.C.E.F. Este, traduziu-se em formação e apoio técnico, nomeadamente na elaboração de normas terapêuticas e no aprovisionamento de *kits* de parto seguro. Foram ainda, contemplados programas que previam a assistência pré-natal, como consultas de acompanhamento na gravidez e também cuidados obstétricos no pós-parto (M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D., 2005; C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Destacam-se ainda os Programas Integrados de Desenvolvimento e Combate à Pobreza (Diário Da República de Angola, 2010a), o Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017 e a Estratégia Nacional de Desenvolvimento de Longo Prazo “Angola 2025”. Estes planos e estratégias, visam melhorar a qualidade de vida da população através da criação de emprego e oportunidades para os jovens, da redução das desigualdades em educação e saúde e proporcionando melhorias no setor das utilidades públicas, tais como rede de água e de luz, saneamento básico e habitação (M.I.N.P.L.A.N., 2013). Melhorias estas que terão, obviamente, um impacto positivo sobre a saúde da população. O Quadro de Assistência das Nações Unidas em Angola. UNDAF 2009-2013, demonstra que as despesas públicas angolanas têm vindo

a reforçar o capital humano no sentido de combater as desigualdades nas províncias através da atribuição de uma verba fixa (*per capita*) do orçamento de Estado.

Apesar das melhorias verificadas e dos esforços governamentais empreendidos, as fragilidades e os constrangimentos sociais, agravados pela vasta desestruturação do longo período de conflito armado, refletem-se em larga medida na qualidade de vida dos angolanos. O Relatório de Desenvolvimento Humano 2014 menciona que os conflitos armados *prejudicam o funcionamento de serviços públicos essenciais, como os cuidados de saúde básicos e a educação, causando prejuízos permanentes às pessoas ao longo de toda a vida (...) pode originar enormes distúrbios psicológicos* (P.N.U.D., 2014, p. 81).

No sentido de melhor sintetizar a informação referente aos indicadores sociodemográficos existentes em Angola, convidamos a observar o Quadro 4.

Quadro 4. Indicadores sociodemográficos em Angola

Indicadores Sociodemográficos	Valor	Ano	Fonte
Nº de habitantes (Milhões)	24,3	2014	I.N.E.,2014
- Urbano	15,2		
- Rural	9,2		
% População			
- Urbana	62,3%		
- Rural	37,7%		
Índice de masculinidade	94		
Densidade populacional	19 hab./km ²		
População <15 anos	46%	2015	U.N.D.P., 2015
População > 65 anos	3%		
Índice de dependência (0-14 anos)	92,9%		
Índice de dependência (65 ou mais anos)	4,8%		
Esperança de vida à nascença	52 Anos	2015	P.R.B., 2015
- Masculina	50 Anos		
- Feminina	53 Anos		
Esperança média de vida aos 60 anos	15,7%	2010/2015	
Idade média da população (anos)	16,4	2015	U.N.D.P., 2015
Taxa de fecundidade total	6,1	2015	P.R.B., 2015
Taxa de fecundidade na adolescência	170,2‰	2010/2015	U.N.D.P., 2015
Taxa média anual de crescimento demográfico	3,1%		
Taxa de natalidade geral	46‰		
Taxa de mortalidade geral	14‰	2015	U.N.D.P., 2015
Taxa de mortalidade de aultos			
- Masculina	322‰		
- Feminina	372‰		
Taxa de mortalidade infantil	101,6‰	2013	P.R.B., 2015
Taxa de mortalidade em crianças menores de 5 anos	167,4‰		
Taxa de mortalidade materna	460/100.000		

Fonte: Elaboração própria com base em vários documentos consultados.

Após a observação e análise dos diversos indicadores sociodemográficos, iremos agora debruçar-nos sobre os indicadores sociais que se relacionam diretamente com as condições de vida da população angolana.

3.5. Indicadores sociais e condições de vida

No que concerne aos indicadores sociais e às condições de vida dos angolanos, Serra *et al.* (2015) indicam que apenas 42% da população tem acesso a água potável e 60% tem acesso a saneamento. Estes dados, representam melhorias, pois em 1990, principalmente em Luanda, ocorreu uma proliferação de musseques²¹ num curto espaço de tempo, o que levou à degradação de infraestruturas. Quer isto dizer que, o processo de urbanização não acompanhou as mudanças sociais e a rede de esgotos tornou-se obsoleta, e ineficiente a recolha e depósito de resíduos sólidos. E neste sentido, o abastecimento de água e energia tornou-se insuficiente para satisfazer as necessidades da população (Jacinto, 2012).

Em consequência da guerra civil (1975-2002) degradaram-se estruturas e serviços, nomeadamente de abastecimento de água e de saneamento básico. O M.I.N.S.A. (1999) estima que aproximadamente 70% das infraestruturas sanitárias foram destruídas. No período do pós-independência, Angola assistiu a uma *intensa e acelerada degradação em função das ações deficientes de manutenção e conservação das infraestruturas de saneamento (...) resultava, por um lado, da carência de meios humanos e técnicos para a sua realização, e por outro lado, pela falta de colaboração de grande parte da população que estava pouco ou nada sensibilizada para a problemática do saneamento* (Governo Provincial de Luanda, 1993, p. 19 *apud* Jacinto, 2012, p. 74).

Na atualidade, a distribuição de água é efetuada pela Empresa Pública de Águas de Luanda (E.P.A.L.) através de oito centros: Viana, Benfica, Palanca, Marçal, Maianga, Cazenga, Cidade Alta e Morar. Porém, o volume distribuído não é suficiente, devido ao estado de degradação da rede. As fissuras e roturas da rede acarretam perdas substanciais de água, pelo que o volume distribuído é inferior ao bombeado, especialmente nos municípios do Cacucaco, Cazenga, Viana e Kilamba-Kiayi. Para solucionar estas carências,

²¹ A palavra ‘musseque’ tem a sua origem no dialeto kimbundo, que é falado nas áreas limítrofes (mais próximas) de Luanda e significa areia ou terra vermelha. Os primeiros musseques datam do século XVII e correspondem a bairros de cubatas, de palhota e casebres construídos na periferia da cidade de Luanda, albergando as populações mais carenciadas e desfavorecidas. Estes bairros eram nomeados com nomes de grandes famílias. Os mais antigos são: o Sambizanga, o Mota e o Marçal. *Segundo esta classificação em função da antiguidade, encontram-se outros musseques menos antigos: Lixeira, Rangel, Caputo, Catambor, Prenda, Calemba e Samba Pequena. São classificados como novos: Cazenga, Cemitério Novo e Golfe; e como muito novos, o Palanka, Petrangol, Mulemba e Rocha Pinto* (Bettencourt, 2011, p. 52 e 53). Os musseques em Luanda são equiparáveis, às favelas do Brasil, aos chamados “caniços” de Moçambique ou aos slums da África do Sul e da Índia (Bettencourt, 2011, p. II).

a E.P.A.L. tem investido na implementação de novas redes e na construção de chafarizes. Em 2011, Luanda dispunha de 743 chafarizes, e destes apenas 557 estavam em funcionamento e 186 avariados (Jacinto, 2012).

De acordo com o *Boletim Sectorial 2015* do Ministério da Energia e Águas (M.I.N.E.A.) da República de Angola, que disponibiliza informação relativa a 2014, existiam 6.131 sistemas de abastecimento de água distribuídos pelas 18 províncias, sendo o Huambo aquele que dispunha de um número mais elevado (1.361) e a Província do Zaire contava apenas com 17. O número total de chafarizes, ao nível nacional, é de 7.625, sendo a Província de Benguela a que contem um maior número (1.067) e em menor número aparece a província do Cuando Cubango (64). Destes, encontram-se em funcionamento 78%. Quanto a ligações domésticas, é Luanda que detém o maior número (88.920 ligações). O Moxico é a província que dispõe de menor número de ligações domésticas, num total de 632 (M.I.N.E.A., 2015), como se pode observar no Quadro 5.

Quadro 5. Sistemas de água, número de ligações domiciliárias e de chafarizes, por província

Província	Sistemas de água		
	Unidades	Ligações domiciliárias	Nº Chafarizes
Cabinda	47	4.868	369
Zaire	17	4.363	76
Uíge	206	2.942	816
Luanda	46	88.920	885
Cuanza Norte	122	1.825	499
Cuanza Sul	87	39.634	400
Malange	632	4.094	195
Lunda Norte	71	2.219	225
Benguela	617	45.848	1.067
Huambo	1.361	10.498	729
Bié	539	4.290	270
Moxico	255	632	198
Quando Cubango	39	779	64
Namibe	242	28.032	678
Huila	1.178	11.460	492
Cunene	412	7.865	172
Lunda Sul	58	4.931	218
Bengo	202	1.127	272
Total	6.131	1.673.916	7.625

Fonte: Adaptado de M.I.N.E.A. (2015, p. 6).

Como se pode verificar, cruzando a informação do Quadro 5, com a da Figura 11 (ambos se reportam ao ano de 2014) verificamos que a distribuição dos sistemas de água

por província, não é feita atendendo à distribuição percentual da população. Para melhor observarmos esta situação observemos o Quadro 6, que traduz a relação entre a distribuição da população e os sistemas de abastecimento de água por província. Salientamos que, apenas 77% dos sistemas de abastecimento de água se mantêm em funcionamento, sendo os restantes considerados inoperantes.

Quadro 6. Relação entre a distribuição da população e os sistemas de abastecimento de água por província

Mais populosas	Província	% População	Nº de Sistemas Abastecimento de Água (existentes)	Nº de Sistemas Abastecimento de Água (operantes)
	Luanda	26,9	46	30
	Huíla	9,7	1.178	966
	Benguela	8,4	617	613
	Huambo	7,8	1361	1.068
	Zaire	2,1	17	14
Menos Populosas	Lunda Sul	2,1	58	35
	Cuando Cubango	2,1	39	33
	Namibe	1,9	242	154
	Cuanza Norte	1,8	122	104
	Bengo	1,4	202	108

Fonte: Elaboração própria, com base no I.N.E. (2014) e M.I.N.E.A. (2015).

Esta situação pode justificar-se pela inexistência de um recenseamento populacional até 2014 (desde 1970) e assim, a carência de informação sobre a demografia em Angola, dificultou a aferição das áreas de maior densidade e as suas necessidades. Esta atualização de dados sociodemográficos a partir do Censo 2014 permitem, ao Governo, agentes governativos/administrativos e decisores político-económicos, processos de tomada de decisão melhor fundamentados, de acordo com as verdadeiras necessidades e a real melhoria das condições de vida dos angolanos.

Para o fornecimento de água às sedes de Província e Municípios mais populosos, o Governo estima um investimento no valor de 534.8 mil milhões de Kwanzas e para o Programa Água Para Todos ao nível dos Projetos Estruturantes de Prioridade Nacional, prevê-se um investimento de *56 mil milhões de Kwanzas* (P.N.D.S., 2012, p. 104).

O Governo de Angola afirma e assume, num Relatório sobre a situação do país, emitido a 31 de março de 2008, que juntamente com o M.I.N.E.A. *têm dado mais atenção à gestão da água do que ao seu tratamento*, sendo necessária uma abordagem integrada de abastecimento e tratamento, especialmente nas áreas rurais e periurbanas que se limitam às

latrinas e à recolha de água para beber em chafarizes ou poços cavados à mão (Governo de Angola, 2008, p. 17).

A responsabilidade política, legislativa e de gestão dos sistemas de esgotos e saneamento, é do Ministério de Urbanização e Ambiente (M.I.N.U.A.), do Governo Provincial, das administrações municipais e em particular da Empresa de Limpeza e Saneamento de Luanda (E.L.I.S.A.L., E.P.). A esta empresa, criada em 1991, cabe uma responsabilidade operacional, de recolher, tratar, eliminar e reciclar os resíduos sólidos. Contudo, a sua intervenção é insuficiente, pois atua em apenas 4 das 18 províncias angolanas, em Luanda, Cabinda, Huambo e Benguela (Governo de Angola, 2008; Jacinto, 2012).

Em 1995, *somente 20% da população rural tinha acesso à água e apenas 15% ao saneamento básico* (Jacinto, 2012, p. 92). Em 2007, apenas 30% da população rural tinha acesso a água potável. Nesse ano, foi implementado o programa Água para Todos, cujo objetivo é fornecer água potável a pelo menos 80% da população rural, assegurando e contribuindo para a promoção da qualidade de vida das populações. O ministro da Energia e Águas, João Baptista Borges, em entrevista à Agência Angola Press (A.N.G.O.P.) a 4 de janeiro de 2014, referiu que em 2013 se construíram 364 novos pontos de água e 162 novos pequenos sistemas de abastecimento, que resultaram num nível de execução, em 2013, de cerca de 55%, o que pode beneficiar, aproximadamente, 7 milhões de habitantes. Em 2014 foram realizadas diversas obras que resultaram na construção de aproximadamente 250 pontos de água e 164 pequenos sistemas de abastecimento de água, beneficiando 213.222 habitantes. Constata-se que desde que o programa Água para Todos teve início foram construídos 2.570 pontos de água e 802 pequenos sistemas de abastecimento (A.N.G.O.P., 2014a).

No final de 2014, a taxa de cobertura do programa rondava os 60.5%, o que significa que 5.191.815 de habitantes se encontravam abastecidos. Estes dados sugerem que, a médio prazo, serão alcançadas as taxas de cobertura na ordem dos 80% tal como se objetivava (Tchipilica, 2015).

Em 2015, o Ministério da Energia e Águas da República de Angola (M.I.N.E.A., 2015) apresentou uma evolução positiva, nas capacidades de oferta de água à população, suficiente para poder atingir as metas do Governo. Na maioria das 18 províncias, registou-se uma evolução bastante positiva na execução dos projetos previstos, e em duas províncias, Malange e Kuito. No entanto, apesar de se ter cumprido o previsto, requerem um aumento na produção. Apenas as províncias de Luanda, M'Banza Congo e Sumbe, se

encontram aquém do previsto, pelo que os projetos em carteira devem ser executados com a maior brevidade possível.

Segundo o Relatório, *25 Years Progress on Sanitation and Drinking Water. 2015 Update and MDG Assessment*, realizado em conjunto entre a Organização Mundial de Saúde e a U.N.I.C.E.F. (2015) verificou-se que dos 147 países, que se comprometeram a atingir o Objetivo (O.D.M.) 7 Meta 10: reduzir para metade, até 2015, a proporção de pessoas sem acesso sustentável a água potável, 95 atingiram o objetivo em saneamento básico e 77 atingiu o objetivo em água potável e saneamento básico. O que significa que, 70 países não conseguiram atingir o objetivo no acesso a água potável, entre os quais se encontra Angola, que como podemos observar no Quadro 7, registou um progresso muito limitado no curso de 25 anos, pois apenas 28% das pessoas que não tinham acesso a água potável entre 1990 e 2015, passaram a ter (W.H.O./U.N.I.C.E.F., 2015). Esta fraca evolução marcou a região da África Subsaariana, uma vez que foi a única que não atingiu os objetivos traçados pelos O.D.M.. Todas as regiões aumentaram o acesso e melhoraram as condições sanitárias, contudo permanece a disparidade entre áreas rurais e urbanas. A nível global, mais de 660 milhões de pessoas permanecem sem acesso a fontes melhoradas de água potável, sendo quase a metade dessas pessoas residentes na África Subsaariana. Uma em cada dez pessoas que vivem nessa conta com chafarizes e fontes de água não tratada para beber (U.N.I.C.E.F., 2015a).

Quadro 7. Progresso ao longo de 25 anos, em acesso a água potável e saneamento básico em Angola (1990-2015)

	Água potável (%)			Saneamento básico (%)		
	Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural	Nacional
1990	52	44	46	65	8	22
2015	75	28	49	89	22	52
A	Progresso Limitado			Bom Nível de Progresso		
B	28%			41%		

Fonte: Adaptado de W.H.O./U.N.I.C.E.F. (2015, p. 56 e 57).

Legenda: A – Progresso no atingimento do O.D.M. 7; B – Percentagem da População que obteve acesso entre 1990 e 2015.

No que concerne ao progresso em saneamento básico, Angola registou um bom nível de progresso, uma vez que 41% da população que vivia sem condições de saneamento básico, adquiriram esse acesso/benefício ao longo do período compreendido entre 1990 e 2015 (W.H.O./U.N.I.C.E.F., 2015).

Em relação ao nível de desenvolvimento humano, Angola só passou a integrar a lista de países pertencentes à região da África Subsariana nos Relatórios de Desenvolvimento Humano, a partir do ano 2000, pelo que não se encontram dados referentes ao Índice de Desenvolvimento Humano (I.D.H.²²) nos anos anteriores a este. Entre 2000 e 2011, verificou-se uma melhoria no I.D.H. angolano, de 0.384 para 0.486 pontos, pelo que a média anual de crescimento deste Índice (I.D.H.) é de 2,18 para a população angolana (P.N.U.D., 2011).

Angola encontra-se em 149º lugar, num *ranking* de 187 Países, sendo o seu valor de I.D.H. em 2013 igual a 0,526 pontos (P.N.U.D., 2014). Angola manteve a posição no *ranking* mundial, porém o valor do I.D.H. em 2014 aumentou (0,006 pontos percentuais) para 0,532 pontos (U.N.D.P., 2015).

Apesar da evolução que se tem vindo a verificar no I.D.H., Angola mantém-se entre os países de desenvolvimento humano baixo. De acordo com o U.N.D.A.F. (2009), o Governo Angolano tem o objetivo de escalar 30 pontos no I.D.H. até 2025, posicionando-se assim entre os países de desenvolvimento médio.

Podemos afirmar que Angola está numa posição favorável em relação à região da África Subsariana. Uma vez que, em 2013, o I.D.H. angolano foi de 0,526 alguns pontos percentuais mais acima do que o grupo de países que compõe a região a que pertence, a África Subsaariana (0,502 - Quadro 8). Este aspeto favorável manteve-se em 2014, sendo o I.D.H. angolano de 0,532 e o valor de I.D.H. da região Subsaariana, inferior, ou seja, igual a 0,518 (U.N.D.P., 2015).

Quadro 8. Índice de desenvolvimento humano e seus componentes, por região em 2010 e 2013

Agrupamento ou regiões por I.D.H.	I.D.H.		Esperança de vida à nascença (anos)		Média de anos de escolaridade (anos)		Anos de escolaridade esperados		Rendimento nacional bruto per-capita (PPC USD 2011)	
	2010	2013	2010	2013	2010	2013	2010	2013	2010	2013
Desenvolvimento humano muito elevado	0,885	0,890	79,7	80,2	11,7	11,7	16,2	16,3	38.548	40.046
Desenvolvimento humano elevado	0,723	0,735	73,9	74,5	8,1	8,1	13,1	13,4	11.584	13.231

Fonte: P.N.U.D. (2014, p. 34).

²² O Índice de Desenvolvimento Humano (I.D.H.) é um índice composto que mede as realizações em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: uma vida longa e saudável, o conhecimento e um padrão de vida digno (P.N.U.D., 2013, p. 153).

Quadro 8. Índice de desenvolvimento humano e seus componentes, por região em 2010 e 2013 (conclusão)

Agrupamento ou regiões por I.D.H.	I.D.H.		Esperança de vida à nascença (anos)		Média de anos de escolaridade (anos)		Anos de escolaridade esperados		Rendimento nacional bruto per-capita (PPC USD 2011)	
	2010	2013	2010	2013	2010	2013	2010	2013	2010	2013
Desenvolvimento humano médio	0,601	0,614	67,1	67,9	5,5	5,5	11,3	11,7	5.368	5.960
Desenvolvimento humano baixo	0,479	0,493	58,2	59,4	4,1	4,2	8,7	9,0	2.631	2.904
Estados Árabes	0,675	0,682	69,7	70,2	6,2	6,3	11,7	11,8	15.281	15.817
Ásia Oriental e Pacífico	0,688	0,703	73,5	74,0	7,4	7,4	12,3	12,5	8.628	10.499
Europa e Ásia Central	0,726	0,738	70,7	71,3	9,6	9,7	13,3	13,6	11.280	12.415
America Latina e Caraíbas	0,734	0,740	74,2	74,9	7,9	7,9	13,8	13,7	12.926	13.767
Ásia do Sul	0,573	0,588	66,4	67,2	4,7	4,7	10,6	11,2	4.732	5.195
África Subsaariana	0,468	0,502	55,2	56,8	4,8	4,8	9,4	9,7	2.935	3.152
Mundo	0,693	0,702	70,3	70,8	7,7	7,7	11,9	12,2	12.808	13.723

Fonte: P.N.U.D. (2014, p. 34).

No que concerne à taxa de alfabetização, em 2012, era de 68,6% (I.N.E., 2013). Para o período compreendido entre 2005 e 2012 era de 70,4% para adultos (com 15 ou mais anos de idade) sendo de 82,7% para os homens e de 58,1% para as mulheres. Quanto aos jovens (com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos) era de 73%, sendo de 80,5% para os rapazes e de 65,8% para as raparigas. No que respeita ao número de anos de escolaridade esperados, o P.N.U.D. (2015a) menciona 11,4 anos e de apenas 4,7 anos de escolaridade frequentados.

Quanto às taxas brutas de matrículas (percentagem da população) por nível de ensino, entre 2003 e 2012, era de 87% na pré-primária, de 100% na primária, de 32% no ensino secundário e de apenas 7% no ensino superior. Para este período de tempo verificou-se uma percentagem de abandono escolar de 68,1% ao nível do ensino primário (P.N.U.D., 2014). Em 2013, Angola situava-se no 127º lugar num *ranking* de 136 países, quanto ao nível de escolarização populacional (W.E.F., 2013).

De acordo com o M.I.N.P.L.A.N. (2013, p. 19) em Angola *há disparidade nos indicadores de género em termos de acesso à educação, ao emprego, à saúde e cargos públicos*. O Índice de Desigualdade de Género (I.D.G.) *revela até que ponto as realizações*

nacionais na área da saúde reprodutiva, empoderamento e participação no mercado de trabalho são esboroadas pela desigualdade de género (P.N.U.D., 2014, p. 40).

No Relatório de Desenvolvimento Humano 2014 (P.N.U.D., 2014) não consta o posicionamento de Angola, no que diz respeito ao índice de desigualdade de género em 2013. Este índice é mencionado no Relatório sobre Disparidade de Género do Fórum Económico Mundial (W.E.F.), o qual refere que em 2013, Angola ocupava o 92º lugar num *ranking* de 136 países, sendo o valor do I.D.G. igual a 0,6659 pontos percentuais, não se verificando informação sobre o posicionamento e classificação relativos a anos anteriores (W.E.F., 2013).

Quanto à taxa de participação feminina na força de trabalho (população com 15 ou mais anos de idade), em 2008, era de 76,3% para o sexo feminino e de 89,2% para o sexo masculino (P.N.U.D., 2010). Em 2013 a taxa de participação na força de trabalho foi de 70%, sendo de 63,3% para o sexo feminino e de 76,9% para o sexo masculino (U.N.D.P., 2015). Esta redução que se verifica na força de trabalho em ambos os sexos pode dever-se a vários fatores que se combinam entre si e alguns dos quais foram abordados anteriormente:

- a) transição demográfica, envelhecimento da população e consequente aumento do número de inativos;
- b) aumento da escolaridade e consequente redução da atividade da população até aos 24 anos (sabendo que a população angolana é maioritariamente jovem);
- c) aceleradas mudanças no mundo do trabalho, o uso de novas tecnologias e substituição dos trabalhadores por processos mecânicos, flexibilização do trabalho ou uso de força de trabalho temporária e/ou em jornada de trabalho parcial (Pedroso, 2007);
- d) aumento do desemprego, procura de mão de obra qualificada, valorização da formação e competências de nível superior²³;

Em consequência de todos estes aspetos, apontamos ainda um outro fator que poderá fazer diminuir os indicadores relativos à força de trabalho em ambos sexos, isto é a maioria dos angolanos poderá estar a apostar em atividades informais de mercado, aspeto este que se prende com a recessão económica vivida atualmente e que resulta na precarização do trabalho e aumento do trabalho não remunerado. Estes últimos fatores serão desenvolvidos

²³ Este fato é destacado pelo Relatório *Angola 2012. Perspetivas Económicas em África* (A.f.D.B., O.E.C.D., U.N.D.P., U.N.E.C.A., 2012, p. 14), muito do desemprego regista-se em jovens sem qualificações profissionais, mas já se verifica um número crescente de desempregados entre jovens com diplomas. Será que não se enquadram nas necessidades do país? Sendo na sua maioria formados em áreas das Ciências Sociais?

no *item 3.7* a respeito da situação socioeconómica em Angola. Contudo, não podemos deixar de salientar que a força de trabalho feminina se tem mantido mais baixa do que a masculina.

A nível mundial, as tendências demográficas sugerem que à medida que aumenta a participação feminina na força de trabalho, diminuem as taxas de fecundidade geral. Ou seja, à medida que as mulheres se inserem no mercado de trabalho, diminui a sua contribuição para a taxa de natalidade. Tais mudanças refletem a alteração da condição social da mulher, que outrora dependia da posição social do marido, do nome ou poder económico da família. O aumento da escolarização, a integração no mercado de trabalho, o adiamento da idade do casamento e a diminuição da taxa de fecundidade geral, são fatores que contribuiriam para o desenvolvimento, capacitação e empoderamento das mulheres e que fazem diminuir parte das desigualdades entre géneros. Itaburá (2003) também afirma que o aumento da taxa de participação feminina na força de trabalho é proporcional ao aumento do nível educacional das mulheres e da sua esperança média de vida, o que traduz também a melhoria na sua qualidade de vida, e, paralelamente, contribui para uma diminuição da taxa de fecundidade geral.

Contudo, em Angola, apesar da diminuição da taxa de fecundidade geral, a participação feminina na força de trabalho não aumentou. Este fato pode ser justificado pela condição social da mulher, pela menor escolarização e qualificação educacional/profissional e pelo investimento que a mulher angolana faz ao nível da economia informal.

Ao nível dos setores do mercado de trabalho, em 2002, as mulheres angolanas ocupavam 63,5% dos empregos do setor informal e 33% do setor formal (Pereira, 2005). Constatou-se que em 2007 ocorreu uma diminuição da participação feminina no setor formal, para 28% estimados (Klaveren *et al.*, 2009). Este aspeto pode ser explicado pelo fato do acesso ao mercado de trabalho implicar diretamente o nível académico a mulher (Quintas, 2013) pois, no geral, como vimos anteriormente, as taxas de alfabetização feminina são, em média, 25% inferiores à masculina. Klaveren *et al.* (2009) reforçam este aspeto indicando que ao nível do ensino secundário, existe um enorme hiato na participação escolar das raparigas quando comparada com a dos rapazes. Acreditamos que estes aspetos se prendem com alguns fatores de ordem sociocultural e educativa

Em 2009, o índice de participação das mulheres angolanas no mercado de trabalho foi menor do que a dos homens (78,5% e 91,9% respetivamente), *o que é comum na maioria dos países* (O.N.U., 2013, p. 36). Contudo, no panorama geral dos países africanos,

a participação da mulher angolana é ligeiramente superior. Este fato foi motivado pelo longo período de conflito em que o país se viu mergulhado, retirando os homens do agregado familiar e assim a sua provisão económica de sustento familiar. A mulher foi impelida para o mercado de trabalho, pela necessidade de buscar uma fonte de subsistência para si e para os seus filhos. A maioria das mulheres integrou, deste modo, o setor informal de atividade agrícola (O.N.U, 2013).

A Organização Internacional do Trabalho confirma que *na maioria dos países (...) a participação das mulheres no mercado de trabalho informal, em atividades não-agrícolas é maior do que a dos homens. Na África Subsaariana, 74% do emprego das mulheres (não-agrícola) é informal, em contraste com 61% para os homens* (O.I.T., 2014, p. 10 e 11).

Contudo, o *Global Entrepreneurship Monitor 2010* (G.E.M., 2010 *apud* Quintas, 2013) refere que as mulheres angolanas representam quase metade do universo empreendedor, constituindo 15% das empresas criadas. A taxa de atividade empreendedora (T.E.A.) ascendeu de 31,9% em 2010, para os 32,4% (significa que existem 32 a 33 novas empresas/negócios) em 2012, sendo a 6ª mais elevada.

O estado de saúde, mais precisamente o perfil epidemiológico da população angolana será abordado no ponto que se segue, porém, antes, observemos o Quadro 9 sobre os indicadores sociais e condições de vida em Angola.

Quadro 9. Indicadores Sociais e condições de vida em Angola

Indicadores Sociais e condições de vida	Valor	Ano	Fonte
Coefficiente de desigualdade humana	36,6	2014	U.N.D.P., 2015
Desigualdade na educação	34,6		
Desigualdade de rendimentos	28,9		
Índice de desigualdade de género (I.D.G.)	0.6659	2012	W.E.F., 2013
Participação na força de trabalho		2012	U.N.D.P., 2015
- Masculina	76,9%		
- Feminina	63,3%		
Participação feminina no parlamento	36,8%	2013	
Índice de pobreza		2009	I.N.E., 2011
- Nacional	36,6%		
- Urbano	58,3%		
- Rural	18,7%		
Coefficiente de Gini			
- Desigualdade distribuição receitas	0.55		
- Desigualdade distribuição consumo	0.43		
Taxa de desemprego	21,6%	2013	C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b

Fonte: Elaboração própria com base nos dados publicados em vários documentos consultados.

Quadro 9. Indicadores Sociais e condições de vida em Angola (conclusão)

Indicadores Sociais e condições de vida	Valor	Ano	Fonte
Acesso a água potável - Nacional - Urbano - Rural	49%	2015	W.H.O./U.N.I.C.E.F. 2015
	75%		
	28%		
Acesso a saneamento - Nacional - Urbano - Rural	52%	2015	W.H.O./U.N.I.C.E.F. 2015
	89%		
	22%		
Taxa de eletrificação - Nacional - Urbano - Rural	37%	2012	U.N.D.P., 2015
	31%		
	6%		
Sistemas de abastecimento de água (cobertura nacional)	6.131	2014	M.I.N.E.A., 2015
Número total de chafarizes (cobertura nacional)	7.625		
Qualidade dos serviços de saúde (% de satisfação)	29%	2014	U.N.D.P., 2015
Padrão/nível de vida (% de satisfação)	35%		
Índice de desenvolvimento humano (I.D.H.)	0.532	2015	P.N.U.D., 2015a
Taxa de alfabetização de adultos	70.6%	2005 - 2013	U.N.D.P., 2015
Taxa de alfabetização de jovens	73%		
Anos de escolaridade esperados	11,4 anos	2015	U.N.D.P., 2015
Anos de escolaridade frequentados	4,7 anos		
Qualidade educacional (% de satisfação)	46%	2014	U.N.D.P., 2015
Desigualdade na educação	34,6%	2013	P.N.U.D., 2014
Taxas brutas de matrículas - Pré-primária - Primária - Secundário - Superior	87%	2008 - 2014	Adaptado de U.N.D.P., 2015
	100%		
	32%		
	7%		
Rácio alunos/professor (Nº de alunos por professor)	43%		
Ensino primário - Taxa de abandono - Taxa de reprovações - Total de perdas - Taxa de Aprovação	11,6%	2013	C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a
	11,4%		
	23%		
	77%		
Ensino secundário - Taxa de abandono	11,2%	2013	C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a
Taxa de abandono escolar - Feminina	50,2%		
Abandono Escolar - Privado - Público	12,7% 11%		

Fonte: Elaboração própria com base nos dados publicados em vários documentos consultados.

3.6. A saúde e o perfil epidemiológico em Angola

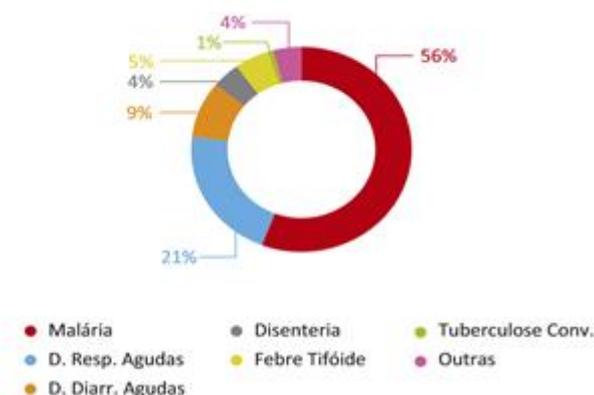
Em termos de saúde e atendendo ao exposto anteriormente, verificamos que a população angolana, se caracteriza pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um pesado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas bem como de mortalidade prematura evitáveis (Queza, 2010; Diário da República de Angola, 2010a). Estes aspetos caracterizam os países cujo desenvolvimento humano é baixo.

O perfil epidemiológico angolano, é caracterizado pelas doenças infecciosas como a malária, a tuberculose, e o V.I.H./S.I.D.A., mas também as doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o tétano e ainda, as doenças respiratórias agudas, as doenças diarreicas e a febre tifóide (Simões *et al.*, 2012; W.H.O., 2013; C.E.I.C./U.C.A.N., 2013 e 2014a).

Estes aspetos são justificados no Relatório Social de Angola 2012 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013) pelas fracas condições de saneamento básico, pela má qualidade da água consumida e crescente poluição urbana. Este relatório salienta ainda que, *no meio rural é preciso relativizar o peso das doenças respiratórias e acentuar o das doenças diarreicas agudas que ganham o segundo lugar, após a malária que é a doença predominante no meio urbano e rural* (p. 61).

A malária, as doenças respiratórias agudas e as doenças diarreicas agudas, correspondiam a 86,1% do total de doenças notificadas em 2013, pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica Angolano (M.I.N.S.A., 2013). como se pode observar na Figura 12.

Figura 12. Quadro epidemiológico angolano em 2013



Fonte: C.E.I.C./U.C.A.N. (2014a, p. 35).

Apesar da malária continuar a liderar o quadro epidemiológico, em 2013, comparativamente com o ano anterior, verifica-se uma redução de 62% para 56% de casos

notificados. O contrário sucedeu com as doenças respiratórias agudas e a febre tifóide, cujas incidências aumentaram, de 19% para 21% e de 3% para 5%, respetivamente. Há ainda, a assinalar a presença da tuberculose, registando 1% das doenças mais notificadas em 2013. No caso das doenças diarreicas agudas e da desintéria não se verificaram variações entre 2012 e 2013, representando 9% e 4% do quadro epidemiológico angolano (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013 e 2014a).

Em 2010, a malária correspondia à primeira causa de morte, de consultas médicas, de absentismo ao trabalho e escolar, de baixo peso ao nascer, de anemia em mulheres grávidas e de mortalidade materna e perinatal. Representava, ainda, perto de 35% da busca de cuidados médicos, 20% dos internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna, e 11% da mortalidade em crianças menores de 5 anos de idade (Diário da República de Angola, 2010a; P.N.D.S., 2012; I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012).

Em 2015, a malária foi responsável por 438.000 mortes, das quais um número superior a dois terços correspondeu a crianças com idade abaixo dos 5 anos, ou seja, a malária vítima por dia, cerca de 800 crianças nesta faixa etária (U.N.I.C.E.F., 2015b).

Apesar deste quadro negativo associado à malária, o Relatório Social de Angola 2012 refere numa abordagem a longo prazo, entre 2003 e 2012, uma tendência positiva de 25% que atenua a gravidade desta doença (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013), uma vez que neste período aumentaram os casos notificados, mas diminuiu a taxa de mortalidade, como se observa no Quadro 10.

Quadro 10. Evolução do quadro epidemiológico de malária entre 2003 e 2012

Anos	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
C.N.	3,2	2,5	2,3	2,3	2,7	3,4	3,7	3,7	3,5	4,0
T.M.	1,2	0,5	0,6	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,4	0,3

Fonte: Adaptado de C.E.I.C./U.C.A.N. (2013, p. 62).

Legenda: C.N. - Casos notificados (milhões); T.M. - Taxa de mortalidade geral.

Apesar de Angola se localizar numa região endémica, o Ministério do Planeamento e o Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (2013) indicam uma incidência geográfica assimétrica da malária, como se observa na Figura 13 (sobre a incidência geográfica da malária). Além disso, constata-se que as áreas rurais apresentam uma incidência mais elevada (18,4%) do que as áreas urbanas (16,5%).

Figura 13. Incidência geográfica da malária



Fonte: I.N.E. (apud C.E.I.C./U.C.A.N., 2013, p. 63).

As províncias de Luanda (73%), Cabinda (72,7%), Cuanza-Norte (71,8%) e Cuando-Cubango (69,5%) são as que revelam uma maior notificação de casos. As províncias do Uíge (30,4%), de Lunda-Sul (40,8%) e de Lunda-Norte (37,6%) são as que revelaram uma menor notificação de casos.

A explicação destes aspetos sobre a geografia da doença da malária, no território angolano, poderia prender-se com a localização geográfica das províncias, isto é, numa área com maior pluviosidade, seria de esperar um aumento do número de casos notificados. Isto acontece porque na época das chuvas há uma maior proliferação dos vetores transmissores (M.I.N.P.L.A.N., 2013).

Contudo, as províncias de Cabinda e Uíge localizam-se numa região de floresta tropical húmida, com um regime de chuvas muito longo e temperaturas elevadas durante todo ano (Almeida, 2011), mas são assimétricas quanto à incidência da malária. Este fato, pode ser devido a vários outros fatores ou comportamentos, de risco ou preventivos, como por exemplo, o uso de replentes no corpo, a pulverização domiciliária com inseticidas e o uso de redes mosquiteiras nas casas. E, em caso de doença, realizar a medicação, uma vez que, em 2012, nos espaço rurais, diagnosticaram-se 10,7% de casos de malária e apenas em 9,1% dos doentes foram medicados. À escala urbana, diagnosticaram-se 9% de casos e apenas 8,1% dos doentes foram medicados (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013).

Há ainda a considerar, a possibilidade das variações nas condições climáticas, estarem a afetar o movimento dos parasitas para outras regiões e, assim, produzir alterações ao nível dos ecossistemas. Existe ainda o risco de reinserção da malária em áreas onde a doença havia sido erradicada. A extensão geográfica e incidência da malária é dependente do clima, pelo que variações nos padrões de precipitação e de temperatura poderão fazer variar a suscetibilidade à doença. É evidente que o efeito de estufa está a provocar um

aumento da temperatura e isso acarreta mudanças ao nível das áreas agroecológicas. O pico de transmissão da malária ocorre aos 25° C e decresce a cima dos 28° C, pelo que a prevalência geográfica da malária está a modificar-se, espalhando-se para regiões cada vez mais altas, sendo de esperar que as áreas montanhosas tropicais estejam progressivamente mais propensas a elevar as suas taxas de notificação de casos de malária (U.N.I.C.E.F., 2015b).

Deste modo, consideramos que, ao nível do território angolano, se devem tomar medidas preventivas no domínio da saúde pública, principalmente na área modificada húmida, onde se concentram as terras mais altas do planalto central e da cordilheira montanhosa. A população aí residente deverá adotar práticas para se proteger a si e aos seus filhos de forma adequada contra a malária e, inclusivamente, de outras doenças parasitárias, como a dengue.

Em 2012, a malária representava 62% dos casos notificados. No que diz respeito à sua prevalência, o Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) apontou, em 2012, 19,7% que corresponde a cerca de 4 milhões de casos clínicos. Em 2013, a malária representou 56% do quadro epidemiológico angolano, diminuindo a sua prevalência para os 11,8%, o que corresponde a cerca de 2,5 milhões de casos clínicos notificados. Quanto à letalidade estima-se que a malária tenha sido a causa de 51,1% das mortes. É também responsável por 10% dos internamentos em grávidas e 60% das crianças menores de 5 anos. São aliás estes, os grupos mais vulneráveis a esta infeção parasitária (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013 e 2014a).

Como sabemos, o controlo ou o combate da malária constitui um dos O.D.M., nomeadamente, o Objetivo 6, Meta 8: *Deter e começar a diminuir a incidência de malária e outras doenças graves* (M.I.N.P.L.A.N., 2010, p. 52). Em resposta a este desafio, o Governo Angolano, contando com o apoio internacional do Fundo Global e do Banco Mundial, lançou em 2005 uma campanha Fazer Recuar a Malária e criou o Instituto Nacional de Luta Contra a S.I.D.A., através do Decreto nº7/05 de 9 de Março (M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D., 2005, p. 22). Foi ainda, implantado o Programa Nacional de Controlo da Malária (P.N.C.M.). Este programa tem registado uma enorme capacidade de administração, gestão e coordenação das suas ações no combate à malária, nomeadamente, através das parcerias com o setor público (*e.g.*, as agências das Nações Unidas como a U.N.I.C.E.F., a O.M.S., o Fundo Global, a U.S.A.I.D.-P.M.I., a J.I.C.A., a H.A.M.S.E.T. e o Banco Mundial), e o setor privado (*e.g.*, as petrolíferas Exxon/Mobil e Chevron) (I.I.M.A., 2011).

Verifica-se, ainda, através do Relatório Social de Angola 2013 que o Ministério da Saúde, realizou a distribuição de 861.706 mosquiteiros tratados (impregnados de inseticida) a 60.8 mil grávidas e a 340.8 mil crianças com idade inferior a 5 anos de idade, e procedeu à administração de duas doses de Sulfadoxina Pirimentamina (medicamento para o tratamento e profilaxia da malária) em cerca de 653 mil grávidas. No que concerne à taxa de mortalidade, em todas as idades, a malária foi responsável por 0.3/1000 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). O M.I.N.S.A. revelou que *a malária continua a ser a principal causa de morbidade e de mortalidade no país, correspondendo a 56.6% e 54.7% do total de casos e óbitos reportados* (M.I.N.S.A., 2013, p. 7).

Todas estas ações de combate à malária, têm vindo a produzir resultados favoráveis no controlo da letalidade desta doença. Em 2014, no Dia Mundial do Combate à Malária (25 de Abril), Hernando Agudelo, representante da O.M.S. em Angola (organização que colabora com o governo neste programa), afirmou que desde a implementação deste programa (2002) *já foram salvas mais de três milhões de vidas, traduzidas na redução da taxa de mortalidade em cerca de 42% no mundo e em 49% na região africana* (A.N.G.O.P., 2014b).

Do quadro de doenças mais notificadas em 2013, as doenças respiratórias agudas (D.R.A.) encontravam-se a seguir à malária. Foram notificados 960 mil casos, dos quais 1324 resultaram em óbito e 0,1% de taxa de letalidade. Apesar das D.R.A. estarem em segundo lugar no quadro epidemiológico, verifica-se uma tendência decrescente tanto no número de casos notificados, como na taxa de letalidade, desde 2011. O grupo etário mais afetado é o das crianças de 1 mês a 12 meses e de 1 a 4 anos. Os bebés com idade inferior a 1 mês são mais resistentes à doença, porém, é uma das mais letais, se for contraída. Em relação à geografia da doença podemos afirmar que o Huambo (26%) e Luanda (20%) são as províncias mais afetadas, registando o maior número de notificações e óbitos.

As doenças diarreicas agudas (D.D.A.) encontram-se em terceiro lugar, nas mais notificadas em 2013. Apesar da diminuição no número de casos notificados de 2012 (490.500 casos) para 2013 (390.800 casos), a taxa de letalidade aumentou, pois o número de óbitos nos dois momentos temporais foi o mesmo, de 500, ou seja, diminuiu o número de casos notificados e manteve-se o número de óbitos, o que significa que a letalidade desta doença aumentou. As províncias com maior número de notificações são Luanda (97.000), Huambo (55.300) e Bié (49.000). Quanto a óbitos, Luanda registou 100 e a província do Bié apenas menos 10 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a).

A nível mundial, a diarreia encontra-se entre as cinco principais causas de morte em crianças com menos de 5 anos. Os casos de diarreia aguda podem durar vários dias e esta faixa etária é particularmente vulnerável à perda de líquidos, sais minerais e outros nutrientes, que conduzem à desidratação e podem levar à morte. Crianças já desnutridas ou com défice de imunidade, ou ainda com o H.I.V. são um grupo de alto risco em caso de diarreia (U.N.I.C.E.F., 2015b).

Outra doença infecciosa, igualmente sensível às variações climáticas é a meningite meningocócica (M.M.). Esta doença também afeta desproporcionalmente os mais desfavorecidos, já que o risco de a contrair está aumentado nas habitações superlotadas, dependentes de combustíveis sólidos para cozinhar, fracos recursos económicos, escasso acesso a vacinação preventiva e a serviços de saúde. A infeção é causada por uma bactéria, favorecida pelas temperaturas quentes, ambientes secos e poeirentos. Caso não seja tratada, esta doença pode ser fatal e em 50% dos casos produz efeitos secundários a longo prazo, tais como prejuízo cerebral, cegueira e surdez. Vítima milhares de pessoas todos os anos e estima-se que seja responsável por 2% das mortes em menores de cinco anos. As taxas de incidência são mais elevadas na região da África subsaariana, na qual Angola se insere, e o risco de contrair M.M. está a aumentar na estação seca, devido à diminuição da humidade, aos ventos com poeira e noites frias, que podem causar infeções do trato respiratório Superior (U.N.I.C.E.F., 2015b).

A desintéria representa 4% do quadro epidemiológico de 2013, sendo responsável por 0,9% dos óbitos. Em 2012 notificaram-se 131.000 casos, dos quais 85 resultaram em óbito e em 2013 foram registadas 177.500 notificações e 100 óbitos, pelo que se pode afirmar que não se verificou *aumento de eficácia da resposta médico-sanitária* (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a, p. 45).

Quanto à febre tifóide, os números também não são animadores, tendo-se verificado um aumento de 3% para 5% na sua incidência. Em 2012 foram notificados 207.400 casos, dos quais 135 resultaram em óbito e, em 2013, notificou-se um número de casos ligeiramente inferior (207.000 casos), mas foram registados mais 40 óbitos, ou seja, totalizaram-se 175 óbitos por febre tifóide (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a).

Os resultados que se verificaram relativamente à afetação da população angolana quanto à desintéria, D.D.A. e febre tifóide, sugerem a necessidade de sensibilização das populações para os cuidados de higienização das mãos e manuseio dos alimentos, uma vez que um melhor conhecimento sobre a transmissão da doença pode suscitar uma maior contenção do número de notificações e, conseqüentemente, reduzir a letalidade destas

enfermidades. Em 2008, num estudo sobre *Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre Higiene, Saneamento e Comportamentos Sociais*, realizado pelo M.I.N.E.A. com o apoio da U.N.I.C.E.F., em todas as províncias angolanas, verificou-se que: 94% dos respondentes afirmaram que lavavam as mãos antes de comer; apenas 57% garantiram que lavavam as mãos depois de defecar. Tais afirmações demonstram uma baixa compreensão da importância da higienização das mãos e da relação entre as fezes e as doenças (Governo de Angola, 2008). A falta de boas práticas de higiene, bem como de informação (importância das condições de higiene e sanitárias, para a saúde e bem-estar, assim como para a produtividade), marcam toda a região Subsaariana. Ao longo de 25 anos (entre 1990 e 2015) a percentagem de pessoas que defecavam ao ar livre, decaiu nesta região (35%), comparativamente, por exemplo, aos 92% de redução ocorridos na região do Norte de África (U.N.I.C.E.F., 2015a).

Por tudo isto consideramos importante e necessária a continuidade do empenho do Governo para a melhoria ao nível dos serviços básicos de abastecimento de água potável e de saneamento, para que seja efetivo o controlo da disseminação destas doenças. O Ministério da Saúde angolano (M.I.N.S.A.) declarou que os indicadores nacionais de saúde têm progredido através da melhoria ao *acesso aos serviços municipalizados de saúde e às unidades de nível de atenção secundário ou terciário* (M.I.N.S.A., 2013, p. 7).

O M.I.N.S.A., afirmou no mesmo relatório, que entre janeiro e novembro de 2013, foram detetados três surtos de doenças epidémicas, nomeadamente de sarampo, cólera e dengue. O surto de cólera atingiu com maior intensidade particularmente as províncias do Cunene, Huíla e Namibe, afetando 6.212 pessoas, das quais 198 morreram no último trimestre de 2013. Salienta-se que a dengue esteve controlada durante muitos anos, pelo que se infere que tenha sido importada de outros países principalmente para Luanda. Durante o primeiro semestre de 2013, foram confirmados 1241 casos e 11 óbitos por dengue. Quanto ao sarampo, registou-se um total de 13.103 casos, dos quais 285 resultaram em óbito, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 2,18%. A sua disseminação ocorreu por quase todas as províncias angolanas, sendo as taxas de mortalidade mais elevadas nas províncias da Lunda-Sul 16.4/100.000 e do Bié 7.4/100.000. A faixa etária mais atingida foi a partir do primeiro mês de vida até aos 9 anos de idade (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). Lembramos que destes surtos, a cólera e o sarampo são doenças preveníveis, que dependem da cobertura vacinal, mas também, das condições de habitabilidade, como o saneamento e a água potável.

A dengue afeta cerca de 50 milhões de pessoas, sendo responsável por 15.000 mortes por ano, a nível global. É uma doença viral, parasitária, transmitida por um mosquito. A transmissão e rápida disseminação pelo mundo é facilitada pela crescente globalização e migração, assim como pelas alterações climáticas e de mistura de estirpes. Ainda não existe vacina eficaz para a prevenção desta doença. Apenas pode ser evitada por controlo ambiental e químico dos vetores, deteção de casos rápida e gestão de casos em hospitais. A dengue é endémica em mais de 100 países em África, nas Américas, Mediterrâneo Oriental e Sudeste Asiático. A sua transmissão e endemismos estão associadas à precipitação, à temperatura e rápida urbanização não planificada (U.N.I.C.E.F., 2015b). A reinserção da dengue em território angolano pode ser devida às alterações climáticas, bem como aos fenómenos de globalização e migração de que a capital Luanda é alvo.

A Tripanossomiase Humana Africana (T.H.A.), também designada de doença do sono, é transmitida pela mosca tsé-tsé, presente em 14 províncias, pelo que o risco de contrair esta doença atinge aproximadamente 1/3 da população (Diário da República de Angola, 2010a). Esta é uma doença que se considera estabilizada, uma vez que o número de casos registados foi de apenas 69, em 2012 e manteve-se no ano seguinte (M.I.N.S.A., 2013). Este fato revela o sucesso da ação conjunta do Governo de Angola e da comunidade internacional, pois o Governo não dispõe de recursos para o combate simultâneo de todas as endemias, como a malária e o V.I.H./S.I.D.A.. Deste modo, Angola contou com o apoio da Bélgica, da França e da O.M.S., para a formação de técnicos, diagnóstico e tratamento da doença, bem como no processo de vigilância epidemiológica. Foi implantado o Instituto de Combate e Controlo da Tripanossomiase (I.C.C.T.) e desenvolvido um Plano Estratégico 2002-2005, que cumpriu o seu objetivo fundamental, como seja, a erradicação da doença (M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D., 2005).

A tuberculose (T.B.) continua a representar um sério problema de saúde pública em Angola, apesar de ao longo dos anos se registarem melhorias nos sistemas de deteção e tratamento (D.O.T.S.). Entre 2001 e 2004, o número de D.O.T.S. aumentou de 44% para 67%, o que permitiu uma melhoria na deteção e tratamento da doença. Quanto à taxa de cura, permanece muito inferior, com 45% em 2011, comparativamente com a que era esperada e prognosticada pela O.M.S., cifrando-se em 85% (M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D., 2005).

A tuberculose possui uma cobertura vacinal deficitária, protegendo apenas os recém-nascidos, as crianças e as mães grávidas. Segundo o Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola (2013, p. 71) *devia ser uma componente da*

política de saúde pública da família. A tuberculose afeta a força produtiva e a mão-de-obra em Angola, uma vez que se regista uma prevalência de 0,31% que atinge, na sua maioria, os grupos etários entre os 15 e os 45 anos. Em 2011, a taxa de notificação foi de 311/100.000 habitantes e, em 2013, diminuiu para 204.4/100.000. A taxa de letalidade foi de 2,6%, tendo sido reportados 39.200 casos clínicos, dos quais 1.000 resultaram em óbito (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013 e 2014).

Como podemos observar, a incidência da tuberculose permanece como uma preocupação de saúde pública, especialmente pela associação a carências alimentares, pobreza, limitada acessibilidade aos serviços de saúde e à co-infecção por H.I.V./S.I.D.A. (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012), assim como, devido ao preocupante aparecimento de casos de tuberculose resistente ao tratamento de primeira linha, em 2013 (M.I.N.S.A., 2013).

A prevalência da co-infecção V.I.H. e T.B. em Angola, em 2010, era relativamente baixa comparativamente com outros países da região Subsaariana. Sendo menor a prevalência de V.I.H. na população em geral, 30% dos casos considerados graves por infecção T.B. estavam em internamento hospitalar e 15% em ambulatório. Na África Subsaariana estas taxas ascendiam aos 50% e 70%, respetivamente. O I.N.L.S. (Instituto Nacional de Luta Contra a Sida) indicou que, entre janeiro de 2008 e dezembro de 2009 foram notificados 784 casos de co-infecção, dos quais 334 efetuavam tratamento com tuberculostáticos e antiretrovirais. Quanto à faixa etária, a maioria 299 tinha mais de 15 anos e apenas 35 eram menores de 15 anos (C.P.L.P/O.N.U.S.I.D.A., 2010). O I.N.L.S./M.I.N.S.A. (2012) indica que, em 2010, apenas 13,6% dos casos de co-infecção S.I.D.A./T.B., receberam tratamento para ambas doenças e, em 2011, verificou-se um ligeiro aumento para 14,6%. Estas estimativas reportam informação colhida ao nível das 18 províncias e revelam que é deficitário o controlo da co-infecção.

Para o controlo da tuberculose e consequentemente da co-infecção (S.I.D.A./T.B), Angola conta com o Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (P.N.C.T.B.) e com 195 centros de diagnóstico e tratamento (D.O.T.S.) recomendados pela O.M.S. Para o efeito, desde 2004, que se efetua o rastreio da T.B. aos sujeitos portadores de V.I.H., sendo realizada profilaxia com Isoniazida, após o despiste da T.B. (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012).

Podemos afirmar que Angola se encontra numa posição considerada favorável, quando comparada com a região da África Subsaariana, ou com os países vizinhos, no que respeita à situação do país em relação ao V.I.H./S.I.D.A.. Em 2014, na região, a taxa de prevalência entre os 15 e os 24 anos de idade, era de 1,1% para os homens e de 1,9% para as mulheres. Em Angola, no mesmo ano e para a mesma faixa etária, verificou-se uma

ligeira diminuição, sendo de 0,6% para o sexo masculino e de 1,1% para o feminino (P.R.B., 2015).

Segundo o Relatório sobre o Progresso do País nas Metas e Compromissos U.N.G.A.S.S.-S.I.D.A. 2012, elaborado pela equipa técnica do Instituto Nacional de Luta contra S.I.D.A. (I.N.L.S.), este fato pode ser resultado da longa guerra civil que assolou o país entre 1975 e 2002, pois nesse período as fronteiras encontravam-se fechadas e os movimentos populacionais eram restritos.

Por outro lado, existem fatores demográficos, como a existência de uma população maioritariamente jovem com fraca aceitação do risco e a rápida urbanização, que determinam a expansão da epidemia (C.P.L.P/O.N.U.S.I.D.A., 2010). Contribuem, ainda, para a rápida propagação do V.I.H., fatores de índole social e cultural, associados às práticas de alto risco, como a aceitação da poligamia (múltiplos parceiros sexuais), prostituição, baixo nível de conhecimentos sobre a prevenção e transmissão da doença, vizinhança com países detentores de elevados índices de prevalência, devido à circulação de pessoas e bens, após um longo período de instabilidade e guerra. A estes fatores, juntam-se outros, de ordem económica, como: baixa qualidade de vida das populações, défice no acesso a água potável e saneamento básico, baixos rendimentos, desemprego, má nutrição, dificuldades de acesso aos serviços de saúde reprodutiva (planeamento familiar e de consulta pré-natal), terapêutica antiretroviral insuficiente, falta de mais educação sexual nas escolas e um número elevado de crianças e jovens fora do sistema de ensino (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013).

Neste sentido, da dinâmica de transmissão do V.I.H. em Angola, o Relatório U.N.G.A.S.S. de 2012, aponta fatores de natureza económica e sociocultural, tais como: elevado analfabetismo, elevada migração e novos assentamentos populacionais, pobreza, população jovem com início precoce das relações sexuais (aumento das taxas de doenças de transmissão sexual), subvalorização e preconceitos sobre o risco das doenças de transmissão sexual como o V.I.H./S.I.D.A., práticas sexuais desprotegidas, aceitação social da poligamia, rejeição do uso do preservativo e barreiras culturais e religiosas para o uso de meios de prevenção (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2014).

Sendo vários os fatores que concorrem para a proliferação do V.I.H. em Angola acreditamos que se poderiam produzir efeitos positivos, através do empoderamento dos jovens e principalmente das mulheres e meninas (grupo mais afetado). Através de campanhas que incentivassem as boas práticas (como por exemplo, o uso do preservativo e a prática sexual com um único parceiro) e divulgassem atitudes e comportamentos de

prevenção e formas de transmissão. No inquérito I.B.E.P. 2008-2009, verificou-se que apenas 45% da população angolana (dos quais 58% pertencem a áreas urbanas) conhece as duas principais formas de evitar a transmissão, sendo a faixa etária mais saliente entre os 20 e os 24 anos. Aliado a estes fatores de saúde reprodutiva, estão o baixo conhecimento e o baixo uso de contraceptivos entre a população jovem, a qual inicia muito cedo a vida sexual. O Relatório de Progresso da Resposta Global à S.I.D.A. (G.A.R.P.R., 2014) indica: que o conhecimento da população angolana face às formas de transmissão, permanece baixo (44,6%), entre os jovens com idade compreendida entre os 15 e os 24 anos; o início da atividade sexual ocorre antes dos 15 anos, sendo a precocidade mais saliente no sexo feminino (21,2%), apesar de (entre os 15 a 49 anos) ser o sexo masculino o que apresenta mais comportamentos de risco (15,8%) associados ao envolvimento sexual com múltiplos parceiros. Quanto ao uso do preservativo a adesão é muito baixa, de aproximadamente 30% (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2014). Quanto ao conhecimento e uso de métodos contraceptivos, apenas 41,5% das mulheres com idade entre 12 e 49 anos, conhece algum método contraceptivo e 82,9% não usa (ou os seus parceiros) qualquer método de contraceção (U.N.F.P.A., 2014).

Angola, possui uma política de saúde preventiva, que se materializa em alguns Programas de Saúde Pública como o Programa contra a malária, o Programa de Luta contra o V.I.H./S.I.D.A., o Programa de Combate às Grandes Endemias, o Programa Alargado de Vacinação (P.A.V.) – com cobertura contra o sarampo, poliomielite, tuberculose – e ainda, uma série de “boas práticas” postas em marcha através das campanhas da Lavagem das Mãos e de Higiene Bucal e Oral, de Prevenção da Gripe H1N1, informação sobre a Raiva e Tétano, e ainda, informação e educação sobre alimentação infantil (dos 6 meses aos 5 anos). Salientamos que entre 2009 e 2013 aumentou a cobertura vacinal em aproximadamente 41,1% (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013 e 2014a).

No que concerne ao desempenho destes e de outros programas, podemos constatar através do Relatório Anual das Atividades Desenvolvidas em 2013 (M.I.N.S.A., 2013) que foram numerosas as ações desenvolvidas pelo Ministério de Saúde angolano. Contudo, em 2013 registou-se a rotura dos *stocks* da medicação anti-malária, dos testes rápidos, das vacinas contra o sarampo e dos tuberculostáticos. Há ainda a assinalar que se mantêm os constrangimentos relacionados com a qualidade e quantidade dos recursos humanos, com o próprio sistema de informação e registo e, ainda, se verificam dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde (M.I.N.S.A., 2013).

O Sistema Nacional de Saúde (S.N.S.) angolano é constituído por quatro hierarquias de gestão: 1) Central de âmbito nacional, possui carácter normativo e técnico; 2) Provincial, sendo a administração feita pelo Governo Provincial, porém em termos normativos e técnicos, depende do nível central; 3) Municipal, dependendo no âmbito técnico e operacional do nível provincial, com administração municipal; 4) Local, composto pelas unidades sanitárias (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012).

No domínio da prestação de cuidados ou de saúde curativa, o S.N.S. angolano encontra-se organizado em três níveis: 1) o primário é dedicado aos cuidados primários de saúde, exercidos em centros de saúde, postos de enfermagem, centros materno-infantis e hospitais municipais; 2) o secundário ou intermédio, constituído pelos hospitais gerais, nível de referência para as unidades do 1º nível; 3) o terciário representado pelos hospitais centrais e especializados (Diário da República de Angola, 2010a).

Em 2011, a rede de prestação de cuidados no S.N.S. era constituída por 2.376 unidades sanitárias, 1.772 postos de saúde, 374 centros de saúde, 34 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 45 hospitais gerais, 20 hospitais centrais e 36 unidades sem tipificação. Estimava-se que apenas cerca de 60% da população teria acesso aos cuidados básicos de saúde, número este que tende a diminuir nas áreas rurais (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012).

Pelo que, esta rede se considerava precária e com múltiplas carências, em equipamentos, em recursos humanos, na oferta e na qualidade dos serviços, insuficientes para atender às necessidades básicas das populações. A agravar esta situação, constata-se ainda, uma enorme dificuldade de acesso a estes serviços – principalmente nas províncias da Lunda-Norte, Lunda-Sul, Moxico, Cuando-Cubango e Namibe – uma vez que, as unidades de básicas de saúde se encontram a uma distância média superior a 75 Km (P.N.D.S., 2012).

Existe, porém, ao nível do setor privado, uma vasta gama de clínicas, hospitais e postos médicos, com capacidade de resposta, não somente no plano curativo, mas também a nível de diagnóstico e intervenção. Estas instituições, dispõem de equipamentos de diagnóstico, técnicos e recursos humanos, nomeadamente médicos e especialistas, de nacionalidade angolana e também expatriados de várias nacionalidades, sendo na sua maioria (68,6%) provenientes de Cuba (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a).

No entanto, consideramos relevante referir que a rede de serviços do Sistema Nacional de Saúde, tem vindo a evoluir positivamente, *e.g.*, entre 2006 e 2011 foram construídos 439 novos equipamentos, desde centros e postos de saúde, bem como hospitais.

Salientamos, a criação, em cada Direção Provincial, de novas unidades móveis e fixas, a nível rural e urbano, de luta contra a S.I.D.A..

Deste modo, em 2011, os angolanos contavam com 1.313 serviços fixos e 86 unidades móveis. O grande desafio do Instituto Nacional de Luta contra o V.I.H./S.I.D.A. (I.N.L.S.) é que os serviços de combate ao V.I.H./S.I.D.A. se expandam ao nível dos postos sanitários, pois em 2011, a cobertura destes serviços era maioritariamente feita nos centros de saúde (cerca de 91%), 74% realizava-se através da rede hospitalar e apenas 29% ocorria nos postos sanitários (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012). Em 2013, foram inaugurados novos serviços e unidades especializadas, tais como, novas unidades de hemodiálise em Luanda, Benguela e Huambo, 5 serviços regionais de Dermatologia e ainda, novos armazéns de medicamentos em Malange e Huambo (M.I.N.S.A., 2013). Estes armazéns vieram colmatar uma carência de infraestruturas que facilitem e viabilizem a distribuição de medicamentos e reagentes pelo I.N.L.S., que no último relatório (em 2012) manifestou grandes dificuldades na distribuição medicamentosa, fundamentalmente em áreas rurais, devido às más condições de acesso e conservação das vias de comunicação entre províncias e ainda à falta de armazéns provinciais e municipais que reunissem as condições de preservação necessárias para albergar os medicamentos e reagentes (I.N.L.S./M.I.N.S.A., 2012). O Governo atesta, no relatório do U.N.F.P.A. (2014), melhorias no acesso a medicamentos, indicando que 33,8% dos agregados familiares dispõe com regularidade de medicação em postos ou centros de saúde, e a não existência de disparidade no acesso a medicação em áreas urbanas e rurais, assumida como de 32,5% e 35,6%, respetivamente. Contudo, *apenas 44,6% dos angolanos têm acesso a serviços de saúde prestados pelo sistema nacional de saúde* (U.N.F.P.A., 2014, p. 11).

O constrangimento do acesso das populações aos cuidados e serviços de saúde, são de longa data, e já haviam sido expressos em Diário da República de Angola I Série, Nº 222 de 2010, que indica ser a *cobertura sanitária ainda reduzida e o acesso deficiente aos serviços de qualidade, bem como a fraca operacionalidade do sistema (...) afectam o desempenho do sistema de saúde* (p. 3644). O mesmo documento refere que é em Luanda que se encontram os maiores centros hospitalares de especialidade, ainda que possuam uma fraca capacidade de resposta às necessidades da população, ou seja, não existe ainda um sistema eficaz de marcação de consultas externas.

Consciente destas dificuldades, o Ministério da Saúde Angolano (M.I.N.S.A.) prevê através do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, uma expansão da rede sanitária até 2025.

A saúde, tal como foi observada no capítulo I, é condição necessária para que todos os indivíduos tenham capacidade para o trabalho. Neste sentido, torna-se um fator decisivo para a produtividade nacional, um desenvolvimento e crescimento económicos, associado ao bem-estar e felicidade dos cidadãos. É da responsabilidade individual, as escolhas por estilos de vida saudáveis, porém o leque de possibilidades deve ser diversificado e em parte facultado pelas instituições estatais, tais como as condições de saneamento, o acesso a água potável e serviços básicos de saúde, permitindo a acessibilidade aos agregados mais desfavorecidos, isto é, facilitando a equidade em saúde e diminuindo a disparidade entre os espaços urbanos e rurais. Sabemos que, por exemplo em 2013, 69% das despesas de saúde por agregado familiar foram em consultas, 25% em medicamentos, 5% em análises e 1% em radiografias (I.N.E., 2013).

Assim, compete ao Estado, através do seu Orçamento Geral, garantir a máxima qualidade na prestação de cuidados primários e não primários de saúde (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013, p. 81) assim como, a acessibilidade a estes serviços, porque as populações não dispõem de rendimentos que lhes possibilitem recorrer aos serviços privados de saúde (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013, p. 63).

Ao longo dos anos, o Governo Angolano tem vindo a disponibilizar um aumento de verbas com o setor da saúde. Em 2009, registou aplicação de 266.2 mil milhões de dólares, neste setor, e em 2013 verificou-se um incremento nominal de 31,97%, no valor de 351.31 mil milhões de dólares. Contudo, se se analisar a execução das despesas públicas em Angola, o peso do setor da saúde representa 4,9% do Orçamento Geral de Estado (O.G.E.) é baixo quando comparado com outros países africanos (Congo, Namíbia, Moçambique) o que, também, constringe a melhoria das condições de vida dos angolanos. Dos programas que beneficiaram de um incremento orçamental, destacamos o Programa de Luta Contra o V.I.H./S.I.D.A., que passou de 1,82 mil milhões de kwanzas em 2012, para 5,19 mil milhões de kwanzas no ano seguinte. Também, o Programa de Melhoria da Saúde Materno-Infantil obteve um benefício orçamental relativamente aos anos anteriores, beneficiando em 2013 de 5,38 mil milhões de kwanzas. Esta alocação de recursos para o setor da saúde, representa um aumento significativo e um maior compromisso do Estado no combate da epidemia da S.I.D.A. e uma preocupação com a redução da taxa de mortalidade materno-infantil (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a).

Apesar da maior dotação financeira do setor da saúde, o Estado Angolano disponibiliza um valor inferior ao da maioria dos países da região da África Subsaariana.

Ainda que a alocação de recursos financeiros por parte do Executivo, seja baixa, o empenho do Ministério da Saúde Angolano (M.I.N.S.A.) tem feito progredir os indicadores nacionais de saúde. Através do Relatório Anual do M.I.N.S.A. 2013 podemos constatar uma melhoria na prestação de cuidados e nos acessos aos serviços municipalizados de saúde, bem como a modernização geral do setor e humanização dos serviços. Neste documento, o M.I.N.S.A. demonstra que foram alcançadas as seguintes prioridades do Ministério:

- consolidação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (P.N.D.S.) 2012-2025 no que concerne à área de recursos humanos e à elaboração dos planos provinciais e municipais;

- consolidação dos planos de vacinação e imunidade em crianças com menos de 5 anos de idade, através de campanhas nacionais periódicas contra a poliomielite (salienta que Angola está livre de pólio há 28 meses), o sarampo e o tétano;

- aumento das ações conjuntas e sinergias entre este e outros setores, Ministérios, Instituições e Organizações, alinhando ações com os objetivos e os programas do P.N.D.S., cujo impacte se verifica ao nível dos Determinantes Sociais da Saúde.

O Executivo aprovou o O.G.E. para 2016, a 11 de dezembro de 2015, um acréscimo nas despesas com o sector da saúde, na ordem de 27% (A.N.G.O.P., 2015b).

Através da revisão de literatura efetuada, verificou-se que os constrangimentos em saúde que se verificam em Angola, são comuns à maioria dos países Africanos. Estes fatos são destacados nos documentos emitidos na sequência da 1.^a Reunião dos Ministros Africanos da Saúde organizada conjuntamente pela C.U.A. (Centro da Comissão da União Africana) e pela O.M.S. em Luanda, de 14 a 17 de Abril de 2014.

No documento N^o 4, que retrata o tema de reunião Acabar com as mortes maternas e infantis evitáveis em África, lê-se que dos 74 países mais afetados por esta problemática, 46 se concentram em África. Menciona, ainda, que as estimativas de 2012 imputaram a África 4 milhões dos 6,5 milhões de mortes de menores de cinco anos a nível mundial. Estas mortes, são na sua maioria, devidas a condições evitáveis e tratáveis, tais como a pneumonia, as doenças diarreicas, o paludismo e as doenças do recém-nascido. Este documento indica como principais problemas e desafios, o acesso aos cuidados de saúde, a escassez de recursos humanos e financeiros, bem como a falta de medicamentos e equipamento médico e ainda, aponta a necessidade de criação de uma plataforma ou base de dados que disponibilize informação fiável. A meta que este documento almeja que se atinja é *reduzir a mortalidade materna para menos de 50 por 100 000 nados-vivos, menos*

de 20 mortes infantis por 1000 nados-vivos e menos de 10 mortes neonatais por 1000 nados-vivos, até 2035 (A.U.C./W.H.O., 2014b, p. 4).

Conclui-se, no entanto, que a *Geografia da Saúde é bastante assimétrica* (C.E.I.C./U.C.A.N., 2013, p. 57). Concordamos com Rocha (2010) que justifica as desigualdades e assimetrias regionais em Angola, através de importantes fatores sociais e políticos, como os 26 anos de guerra civil e o conseqüente êxodo rural (em especial para Luanda), bem como a organização político-administrativa centralizada na exportação do petróleo. Vamos agora centrar a nossa atenção nos indicadores socioeconómicos.

3.7. Indicadores da situação socioeconómica

Os indicadores socioeconómicos que passaremos a descrever correspondem a estatísticas sobre aspetos que abrangem a realidade social e traduzem o nível e a qualidade de vida em Angola. Permitem, também, compreender o estado social do País, para assim melhor conhecer e compreender o seu nível de desenvolvimento social e económico.

Tal como recordamos anteriormente, a Guerra Civil em Angola durou 27 anos, o que fragilizou o povo angolano em todos os sentidos, quer humano (demográfico), social, educacional, económico e cultural. Foi vasta a destruição de infraestruturas, instituições e equipamentos. Vimos, que no período colonial o povo angolano se viu negado da sua cultura e costumes. No plano social o angolano/africano era reduzido ao *simples papel de sujeito*, no sentido em que se submetia às escolhas e decisões do colono. No plano económico, o angolano/africano era reduzido ao *simples papel de produtor de mercadorias*, para satisfazer as necessidades do colonialismo (Jorge, 2006, p. 4).

Na esfera económica, as conseqüências dos 27 anos de Guerra Civil, enfraqueceram a balança económica do País, que se viu obrigado a *despesas na aquisição de material bélico e na manutenção de dois exércitos de elevado número de efectivos*, pelo que se perderam oportunidades para o aumento do P.I.B., dos rendimentos e investimento para a diminuição do desemprego (C.E.I.C./U.C.A.N., 2012, p. 10).

Com o Acordo de Paz em 2002, Angola tornou-se o centro das atenções devido ao rápido crescimento económico, fruto das elevadas receitas geradas, sobretudo pela produção do petróleo, mas também pela extração de diamantes (Sematório Sol, 2013). Os principais recursos naturais em Angola são o petróleo, os diamantes, o minério de ferro, o fosfato, o cobre, o feldspato, o ouro, a bauxite e o urânio (I.N.E., 2013).

O cessar do conflito armado em Angola, ocorreu paralelamente à subida do preço do petróleo o que facilitou a geração de receitas para o forte investimento na reconstrução e expansão de infraestruturas. Neste sentido, foram reabilitadas estradas, das quais se destaca a rede rodoviária do Lobito (o chamado Corredor do Lobito que estabelece e facilita a comunicação, as trocas e ligações comerciais entre Angola, Zâmbia e República Democrática do Congo), vias de caminho-de-ferro, a modernização e alargamento do Porto de Luanda e do Porto de Benguela (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b), e deu-se início aos programas de reabilitação dos sistemas de abastecimento de água e saneamento, e aumentou-se ainda a capacidade de produção de energia elétrica.

O Estado investiu cerca de 80 mil milhões de dólares em estradas, pontes, portos, caminhos-de-ferro, aeroportos, escolas, hospitais e outras infraestruturas (Rocha, 2014). Apesar dos esforços do Executivo se traduzirem em avanços significativos, os desafios ainda são muitos. O Diário Económico (2012) salienta que cerca de 40% da população é abastecida por água não tratada e que grande parte da população ainda não consegue usufruir de energia elétrica nas suas casas, por falta de reforço das infraestruturas de transmissão e distribuição de energia produzida. Apenas 17% das estradas foi pavimentada e classificada e, que, apesar das intervenções realizadas na rede ferroviária, somente 30% se encontra operacional.

O economista Alves da Rocha (2014) destaca três momentos ou etapas que descrevem o crescimento e evolução da economia angolana:

1. Entre 2003 e 2008 foi um momento em que a procura mundial e os bons preços do petróleo permitiram a arrecadação de avultadas receitas que favoreceram o investimento na reconstrução e modernização de infraestruturas; nesta fase o crescimento médio anual atingiu os 9,8%;

2. De 2009 a 2012, foi uma época marcada pela crise financeira global que afetou todas as economias, ainda que forma desigual; em Angola, verificou-se uma quebra de 21% no investimento público (2008-2009) devido à redução do preço do petróleo no mercado internacional, tendo também diminuído o volume de exportações, de 65,3 para 40,1 mil milhões de dólares; a taxa real de variação do P.I.B. foi a mais reduzida da pós-independência, atingindo uma média anual de 3% em 2009; Angola só retomou a posição anterior em 2012;

3. De 2013 a 2014, o Governo apostou na diversificação económica com base no investimento público em infraestruturas; neste período, a taxa média de crescimento foi de 5,5%; a produção de petróleo foi afetada por problemas técnicos, pelo que sua a produção

acumulada decresceu 11,7%, representando dificuldades financeiras para o país, uma vez que 95% das exportações totais e 70% das receitas do Estado dependem do setor petrolífero; o declínio nas receitas geradas pelo petróleo podem levar o Governo à criação de dívida pública para financiar a atividade económica e o funcionamento do Estado.

Para melhor compreender a situação económica de Angola e os seus principais indicadores económicos, sintetizou-se a informação no Quadro 11.

Quadro 11. Indicadores socioeconómicos

Indicadores socioeconómicos		Ano	Fonte
P.I.B.	3,6%	2015	Serra <i>et al.</i> , 2015
Taxa de Inflação (I.P.C.)	9,4%		
Dívida Pública	29,2%	2015	A.I.P., 2015
- Interna	11,6%		
- Externa	17,5%		
Taxa de expansão		2014	
- Base monetária ampla	6,1%		
- Moeda nacional	13,7%		
Cotação oficial do kwanza	- 19%	2015	Carvalho, Felino e Duarte, 2015
- Taxa de câmbio	180 A.O.A./U.S.D.		
Taxa de Juro no Banco Nacional de Angola (B.N.A.)	9%		
Saldo Orçamental (% P.I.B.)	- 4,7%	2015	Serra <i>et al.</i> , 2015
Exportações	- 48%		
Importações	Declínio inespecífico		
Agricultura (% P.I.B.)	11,9%	2015	A.I.P., 2015
Indústria (% P.I.B.)	8,6%		
Construção (% P.I.B.)	8,0%		
Energia (% P.I.B.)	17,3%	2015	A.I.P., 2015
Serviços (% P.I.B.)	8,0%		
Setor diamantífero (% P.I.B.)	1%		
Índice de liberdade económica/ Facilidade criar uma empresa	174º lugar <i>ranking</i> de 189	2015	<i>Doing Business</i> , 2015
Sustentabilidade		2012	U.N.D.P., 2015
- Combustíveis fósseis	39,3%		
- Energias renováveis	60,7%		
Despesas		2014	
- Saúde	3,8%		
- Educação	3,5%		

Fonte: Elaboração própria com base em vários documentos consultados.

Os principais parceiros comerciais em exportações em 2014, por ordem de maior para menor importância, foram: os Estados Unidos da América (E.U.A. - 66,5%), Brasil

(17,2%), Japão (6,1%), Chile (4,4%) e Uruguai (3,8%). A soma da importância ou peso destes países no total de exportações é igual a 93,5%. Angola também possui relações comerciais com Portugal, para onde exporta fundamentalmente petróleo e gás natural (Serra *et al.*, 2015).

O Quadro 12 dá uma visão geral sobre as principais exportações que Angola realiza sobre os seus bens e, através do Quadro 13, podemos observar quais as principais importações.

Quadro 12. Principais exportações de bens

Código	Descrição	Valor (mM\$)	Peso (%)
27	Combustíveis minerais, óleos. Produtos de destilação	63.3	98,4
71	Embarcações e outras estruturas flutuantes	0.8	1,3
72	Pedras e metais preciosos	0.1	0,1
84	Ferro e aço	0.0	0,1
25	Sal, enxofre, terra, pedras, gesso, cal e cimento	0.0	0,0
	Outros produtos	0.1	0,2

Fonte: Serra *et al.* (2015, p. 2).

Os principais parceiros comerciais em importações em 2014, por ordem de maior para menor importância, foram: os Estados Unidos da América (E.U.A. – 32,2%), a República da Coreia (28,4%), o Brasil (19,9%), a Noruega (7,5%) e o Japão (4,8%). A soma da importância ou peso, destes países no total de exportações é igual a 92,9%. De Portugal, Angola importa principalmente produtos alimentares, máquinas e equipamentos (Serra *et al.*, 2015).

Quadro 13. Principais importações de bens

Código	Descrição	Valor (mM\$)	Peso (%)
84	Máquinas, reatores nucleares e caldeiras	4.0	15,5
85	Equipamento elétrico e eletrónico	2.1	8,1
87	Veículos elétricos e ferroviários	2.0	8,0
73	Embarcações e outras estruturas flutuantes	1.7	6,6
89	Objetos de ferro e/ou aço	1.7	6,5
	Outros produtos	14.1	55,4

Fonte: Serra *et al.* (2015, p. 2).

Após uma década de vigor económico, financiado exclusivamente pela economia petrolífera, avizinha-se um novo ciclo marcado pela crise do petróleo. Iniciando, assim, uma nova era com sabor a austeridade, contenção e racionalização económica, que produzirá, também, alterações ao nível sociopolítico. Em consequência da redução das

receitas petrolíferas, o Orçamento Geral de Estado (O.G.E.) para 2015 foi revisto, tendo sido estimado um défice de 6,2% do P.I.B., contra os 7,6% do O.G.E. ainda em vigor. O Orçamento Geral do Estado foi revisto tendo antecipado uma redução do total das receitas do Estado, de 7,2 milhares de milhões para 5,4 milhares de milhões de kwanzas, que em euros significa uma redução de 61,8 para 46,4 mil milhões de euros (A.I.P., 2015). De acordo com o Orçamento de Estado retificado (O.E.R - 2015), o preço de referência do barril de petróleo é de 40 dólares, portanto, não atinge metade dos 81 dólares previstos no Orçamento de Estado inicial (Serra *et al.*, 2015).

O Relatório Económico de Angola 2013 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b) destaca que a vulnerabilidade e recessão que o país atravessa, se fundamenta na excessiva dependência do setor petrolífero²⁴, na falta de competitividade geral da economia, reduzido investimento no capital humano e dificuldades associadas ao clima de negócios. Pelo que indica, como possíveis soluções ou alternativas à situação socioeconómica atual, um aumento de investimento no capital humano (privilegiando os setores da saúde e educação), forte aposta na diversificação da economia, cujos pilares de eficiência e sustentabilidade se encontram na Agricultura e na Indústria, assim como na criação de um ambiente favorável aos negócios e ao investimento privado.

Alguns destes aspetos haviam sido já relatados, em 2012, por Nicholas Staines, um representante do F.M.I. (Fundo Monetário Internacional) residente em Angola, num documento intitulado Relatório do F.M.I. e o ambiente macroeconómico global, dos quais salientamos dois: a importância do setor da educação para a formação de capital humano e a criação de um ambiente favorável para que o setor privado se desenvolva, impulsionando a diversificação do setor não petrolífero (Staines, 2012).

Angola é membro do F.M.I. desde 1989. O F.M.I. em Angola, de 2000 a 2012, teve como missão auxílio técnico na reestruturação macroeconómica e aconselhamento na criação de uma economia de mercado. Tendo-se criado em abril do ano 2000, um programa de monitorização (com o objetivo de apoiar o Governo na implementação de políticas económicas) e em 2009 um programa de ajustamento estrutural para enfrentar a crise económica mundial. O F.M.I. terá aconselhado o Governo angolano a desenvolver os sectores não petrolíferos (ou seja, a diversificar a sua economia), a realizar reformas

²⁴ Corresponde a cerca de 46% do P.I.B., 80% das receitas do Estado e 95% das exportações do país, principalmente para a China 44% e os Estados Unidos da América 25%. Angola produz 1,8 milhões de barris de petróleo por dia e regista uma procura interna total de 85 mil barris por dia. A exploração do petróleo é da exclusividade da Sonangol (uma petrolífera estatal), pelo que outras empresas que queiram aceder a este recurso, só o poderá fazer em parceria com a Sonangol (Muzima e Mazivila, 2014, p. 2 e 12). As atividades de prospeção, pesquisa, avaliação, desenvolvimento e produção de petróleo em Angola são reguladas pela *Lei das Atividades Petrolíferas* - Lei nº 10/04 de 12 de novembro (Diário da República, 2008, p. 4462).

institucionais e legais que permitam melhorar o clima de negócios e aumentar a produtividade, bem como reduzir os custos na criação de negócios e melhorar a proteção jurídica das empresas (Afonso, 2014).

Neste sentido, o Governo angolano promulgou, em 2011, a Lei 20/11 (Decreto Presidencial n.º 84/12, Lei n.º 20/11, de 20 de maio)²⁵ do investimento privado, com o objetivo de atrair investimentos que favorecessem o desenvolvimento do país, sobretudo nas áreas mais deficitárias: eletricidade, água, educação, habitação social, saúde, autoestradas, ferrovias, agricultura e pesca (O.N.U., 2013).

Em 2015, o F.M.I. visitou Angola, ao abrigo do Artigo IV, o qual prevê consultas aos países-membros a fim de se realizarem avaliações do desempenho macroeconómico e saudou a iniciativa oportuna do governo na revisão do O.E. 2015. Adiantou que o Orçamento de 2016 deve basear-se num preço do petróleo “conservador” e que a disciplina fiscal se deve manter, uma vez que a recuperação do preço do petróleo num futuro próximo é pouco provável. Cenário este que, mais uma vez, impele o Governo angolano a apostar na diversificação da economia e na preservação da estabilidade económica. Assim, deverá priorizar-se o desenvolvimento do setor não petrolífero, promovendo incentivos fiscais e aumentando as receitas daí advindas. A análise do F.M.I., perante esta conjuntura económica, prevê um aumento substancial da dívida pública para 57% do P.I.B.. É necessário focar as políticas monetárias e cambiais na contenção da inflação, conter a desvalorização do Kwana (moeda), manter a taxa de câmbio oficial e preservar a solidez do setor bancário (F.M.I., 2015).

Apesar do acompanhamento e estímulos dados pelo F.M.I. à abertura de mercado e economia liberal, Angola permanece dos países com ambiente menos apelativo à criação de negócio ou empresa (Afonso, 2014), posicionando-se em 174º lugar num *ranking* de 189 economias, de acordo com o *Doing Business* (2015).

Quanto às análises de risco, em 2014, as agências de notação financeira *Fitch* (BB) e *S&P* (BB-) mantiveram o *rating* soberano de Angola. A agência *Moody's* ascendeu de Ba3 para Ba2. As restantes agências de *rating* mantiveram a sua avaliação em *speculative grade*. Em 2015, a agência *S&P* alterou o *rating* de Angola de BB- para B+ (Serra *et al.*, 2015).

²⁵ Esta lei foi revogada pela Lei n.º 14/15, de 11 de agosto em Diário da República (2015). Diário da República, 1.ª Série — N.º 115 — 11 de agosto de 2015. Nova Lei de Investimento Privado.

Os elevados procedimentos burocráticos para a criação de negócio e os elevados preços/taxas praticados sem proteção ao investimento, como acesso a crédito e apoio à insolvência, tornam Angola num país de risco ao investimento privado e, portanto, nada competitivo. Um fato que veio comprovar esta falta de competitividade foi o novo adiamento à adesão à Zona de Livre Comércio da S.A.D.C. - Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b).

O que se tem vindo a constatar através da literatura e análise documental realizada, é que as intenções do Governo patentes no Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017 (M.I.N.P.L.A.N., 2012) são as de *actuar ao nível da formação e distribuição do rendimento, visando uma repartição justa da riqueza e do rendimento* (p. 77); *aumentar o nível de influência política e económica de Angola na região e no mundo, procurando beneficiar das potencialidades existentes na região* (p. 90). Mas até ao momento não se verificou na prática.

A economia angolana foi a que mais cresceu entre 2001 e 2010, com uma expansão anual do P.I.B. de 11,1%, pelo que foi destacada como uma das 10 economias de maior crescimento mundial pelo Diário Económico em 2012. Após o final da Guerra Civil, os dividendos da paz e dos recursos gerados não produziram mudanças significativas nas condições de vida da população. O país conserva inúmeras e graves fragilidades no que concerne a condições e acesso da população à saúde e educação, sem salientarmos a pobreza existente. Ou seja, apesar dos indicadores económicos revelarem crescimento, os indicadores sociais não acompanharam o desenvolvimento e daí a permanência de Angola no grupo dos países menos desenvolvidos (Semanário Sol, 2013). Tal fato é devido ao modelo de repartição dos resultados do crescimento económico e, por isso, crescimento económico não significa redução da pobreza (Rocha, 2014).

O Relatório Económico de Angola 2013 (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b p.193) indica como explicação desta ocorrência, que *a maior parte da renda do petróleo se transfere para a elite política e empresarial*. Vários são os documentos que salientam esta realidade. No Estudo de Mercado sobre Províncias de Angola 2015 (A.I.P., 2015) é mencionado que a compensação, pela redução da receita petrolífera, passa por um corte das despesas, excetuando os salários da função pública. Rocha (2014) no Working Paper nº 02 do C.E.I.C. referencia a necessidade de uma alteração profunda na distribuição da renda nacional, que é *baseada no tráfico de influências e no favorecimento de grupos e famílias relacionadas com o poder político instalado* (p. 13). Concluimos assim que, *a corrupção continua a representar entrave significativo ao desenvolvimento económico angolano e o*

país ocupa a 157^a posição num total de 176 analisados pelo Índice de Corrupção da organização Transparência Internacional em 2012 (O.N.U., 2013, p. 3).

Outros países das Nações Unidas, com rendimento por habitante igual ou inferior ao de Angola, possuem índices de desenvolvimento humano mais elevados, o que permite afirmar que as suas *políticas públicas conseguiram transformar o crescimento em melhorias das condições gerais de vida da maioria dos cidadãos* (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a, p. 27).

Como temos vindo a descrever ao longo deste capítulo, o Executivo angolano tem vindo a empreender esforços nos diversos setores a fim de alcançar as metas propostas e assim melhorar as condições de vida da população. O Governo deu prioridade à reconstrução e desenvolvimento de infraestruturas ao nível da saúde, da habitação e de rede de escolas, observando-se por isso uma melhoria na acessibilidade aos serviços sociais. No entanto, os serviços de saúde e educação ainda são limitados e há um longo caminho a percorrer, pois não satisfazem as necessidades da população, principalmente nas áreas rurais e periferia das áreas urbanas populosas.

3.8. Posicionamento de Luanda

Luanda é a capital e a cidade mais desenvolvida da República de Angola. Tendo anteriormente sido denominada de São Paulo de Luanda, herdando em 1576 o nome do seu fundador Paulo Dias de Novais. Encontra-se delimitada a Norte, Sul e Este pela província do Bengo e a Oeste é banhada pelo Oceano Atlântico (A.I.P., 2010; Jacinto, 2012 - recordar Figura 9).

Tem uma extensão territorial na ordem dos 2.417,8 Km², o que equivale a 0,2% da superfície total do território nacional, e é cruzada por dois rios que ao longo dos seus percursos pelo interior do país, vão banhando e humidificando extensas planícies. Estes rios são o rio Bengo e o rio Kuanza (A.I.P., 2010 e 2015).

De acordo com uma localização geográfica precisa, a província de Luanda situa-se na parte setentrional e ocidental do país e os seus pontos extremos, são dados por quatro coordenadas (A.I.P., 2015):

- *Extremo setentrional*, no ponto Casucata (58,58) entre o município do Cacuaco e a província do Bengo, a 08 g 37' 30" de latitude Sul e 13 g 24' 06" de longitude Este;

- *Extremo meridional* localiza-se na embocadura do rio Kuanza, entre o município de Viana e a província do Bengo, a 09 g 20' 44", de latitude Sul e 13 g 09' 21" de longitude Este;

- *Extremo oriental* está situado no limite entre a província do Bengo e o município do Cacucaco, a 08 50' 55" de latitude Sul e 13 g 37' 58" de longitude Este;

- *Extremo ocidental* situado no município da Samba, Bairro do Mussúlo, a 09 g 04' 33" de latitude Sul e 12 g 59' 42" de longitude Este.

Em relação ao clima, é habitualmente quente e seco. Contudo, esta província passa por um período de cinco a seis meses de chuva e de escassos quantitativos de precipitação (compreendidos entre 350 a 400 mm), agravada por uma distribuição muito irregular e oscilações acentuadas de ano para ano (A.I.P., 2015, p. 62) A estação seca, corresponde a um período mais fresco ou de frio, também denominado de *cacimbo*, que compreende os meses de maio a setembro. A temperatura média anual ronda os 26°C, podendo atingir um máximo de 30°C na estação húmida e quente, altura em que se atingem os máximos pluviométricos, correspondendo a um clima tropical (A.I.P., 2010 e 2015).

Em termos demográficos, segundo os resultados preliminares do Censo 2014, a província de Luanda é a mais populosa do país, concentrando um total de 6.542.944 habitantes, sendo 3.205.346 do sexo masculino e 3.337.598 do sexo feminino. Luanda reúne 26,9% do total de habitantes. Em relação ao sexo, 49% são homens e 51% são mulheres. O índice de masculinidade nesta província é de 96, o que significa que existem 96 homens por cada 100 mulheres. Luanda, como vimos anteriormente, possui sete municípios (I.N.E., 2014).

Quanto à densidade demográfica, a província de Luanda concentra 347 residentes por cada quilómetro quadrado (Km²). Por município, em 2014, a densidade populacional é mais acentuada no Cazenga com 23.306 hab./ Km² e Luanda com 18.169 hab./ Km² e muito reduzida nos municípios do Icolo e Bengo e Quissama com 24.4 hab./ Km² e 1.8 hab./ Km² (I.N.E., 2014).

De acordo com o estudo e as estimativas sobre as componentes, natural e migratória, em Luanda, o Sociólogo e demógrafo Lukombo Nzatusola, indica que esta cidade possui uma taxa de crescimento populacional que oscila entre 6,7% e 8,9% ao ano, portanto, cresce o dobro mais rápido do que a população total de Angola. Repare-se que, em 1960 Luanda representava 4,7% do total do país, subindo para 12% em 1983, e no ano 2000 contava com 23,6% (Nzatusola, 2011) e assim progressivamente, até aos 26,9% do total do país na atualidade, registados pelo Censo 2014.

Para melhor compreendermos a distribuição populacional por município e área de residência, de acordo com o sexo e o índice de masculinidade, observemos o Quadro 14.

Quadro 14. População residente por município e área de residência, de acordo com o sexo e índice de masculinidade em 2014

Província/ Área de residência e Municípios	Total		Homens		Mulheres		Índice de masculini- dade
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Luanda	6.542.944	100	3.205.346	100	3.337.598	100	96,0
Área de residência							
Urbana	6.377.246	97,5	3.121.563	97,4	3.225.683	97,5	95,9
Rural	165.698	2,5	83.783	2,6	81.915	2,5	102,3
Municípios							
Cazenga	862.351	13,2	423.909	13,2	438.442	13,1	96,7
Cacuaco	882.398	13,5	431.046	13,4	451.352	13,5	95,5
Viana	1.525.711	23,3	747.359	23,3	778.352	23,3	96,0
Luanda	2.107.648	32,2	1.030.224	32,1	1.077.424	32,3	95,6
Belas	1.065.106	16,3	521.733	16,3	543.373	16,3	96,0
Icolo e Bengo	74.644	1,1	37.922	1,2	36.722	1,1	103,3
Quissama	26.086	0,4	13.153	0,4	11.933	0,4	110,2

Fonte: I.N.E. (2014, p. 51).

O Quadro 14 permite identificar o município de Luanda como sendo o mais populoso, concentrando 32,2% da população residente nesta província. Seguem-se os municípios de Viana com 23,3% e Belas com 16,3%. Estes 3 municípios concentram cerca 72% do total da população residente na província. Os municípios menos populosos são Icolo e Bengo com 1,1% e Quissama com 0,4%. (I.N.E., 2014).

Em termos de área de residência, verifica-se que a maioria da população se concentra em espaços urbanos (97,5%). Em relação ao índice de masculinidade, o município com menor índice é o Cacuaco com 95,5 homens por cada 100 mulheres e o município com índice mais elevado é o Quissama com 110,2 homens por cada 100 mulheres (I.N.E., 2014).

Luanda além de ser a província mais populosa é também a mais desenvolvida, apresentando, em 2014, os melhores resultados em determinados indicadores, tais como: a taxa de alfabetismo (86,7%); o nível de conhecimento e atitudes sobre o V.I.H./S.I.D.A. (96,7%); ao nível de infraestruturas de saneamento básico (89,8%) e em eletricidade atingiu os 83,7%. A taxa de trabalho infantil é a mais baixa, pois apenas 8,9% das crianças com idade entre os 5 e os 14 anos trabalham. A percentagem da população a viver em habitações degradadas ou com material não apropriado é a mais baixa de todas as províncias, com

70,9%. Luanda é, ainda, a província que recebe a percentagem mais elevada das receitas do Estado, sendo também aquela que realiza mais despesa (Carvalho *et al.*, 2015) e onde se concentram mais funcionários administrativos do Estado, *i.e.*, 32% do total e cerca de 73% dos técnicos superiores de Administração Pública (A.I.P., 2010).

A província de Luanda concentra o maior movimento do país a todos os níveis: possui o principal Porto e centro industrial, o aeroporto de Luanda é o que regista maior tráfego aéreo e o caminho-de-ferro de Luanda propaga-se pelo interior até às minas de ferro em Ndalatando, na província do Cuanza Norte. As áreas comerciais e industriais de Luanda encontram-se próximas do porto de águas profundas, o que facilita os transportes e distribuição de mercadorias e trocas comerciais, e os distritos governamental e residencial, localizam-se nas áreas envolventes mais elevadas (A.I.P., 2010).

No que concerne à atividade económica, Luanda juntamente com as províncias de Cuanza Sul e Benguela (que representam quase 50% da população total de Angola) concentram uma densidade de atividade económica, de aproximadamente 90% (P.I.B., negócios, comércio, banca e seguros) (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014b). Confirmando esses dados, afirma Ricardo Soares de Oliveira (2015, p. 44) que *Luanda é mais do que o centro do poder e de controlo da riqueza da nação; é aí que são fixados os seus parâmetros.*

A província de Luanda e a província do Bengo, em conjunto, formam a Zona Económica Especial (Z.E.E.)²⁶ Luanda-Bengo. Em termos geográficos, a Z.E.E. abrange os municípios de Icolo e Bengo, Viana e Cacuaco (província de Luanda) e os municípios de Caxito, Dande, Ambriz e Nambuangongo (província do Bengo). Esta parceria económica ou visão estratégica assenta na tradição económica e produtiva das províncias. A Z.E.E. foi dotada de infraestruturas (estradas, energia elétrica, abastecimento de água e telecomunicações) e opera em três polos distintos: agropecuária, industrial, comercial e de serviços - de acordo com artigo 3º - do Decreto 49/11 de 9 de março. Esta Z.E.E. corresponde a uma estratégia do Governo no processo de reconstrução do país, para a modernização e incremento sustentável da economia e para o desenvolvimento territorial. Esta estratégia visa atingir os seguintes objetivos: potenciar a produção de bens e serviços que satisfaçam as crescentes necessidades do mercado interno e externo; promover as exportações; contribuir para a redução das importações; estimular a criação de postos de

²⁶ A criação legal da Z.E.E. ocorreu a 11 de setembro de 2009, através do Decreto nº 50/09 (Diário da República, 2009b, pp. 2735 e 2736. O Decreto 49/11 de 9 de março, dispõe nos artigos: 12º o direito de preferência na acessibilidade à ZEE pelas entidades angolanas; 22º como entidades promotoras estrangeiras podem através da A.N.I.P. aceder à Z.E.E.; 29º Empresas de Exploração estão obrigadas a dar preferência aos bens e serviços de origem nacional e no 33º é estabelecida a obrigatoriedade em empregar trabalhadores angolanos, garantindo-lhes a necessária formação profissional e prestando-lhes condições salariais e sociais compatíveis com a sua qualificação, sendo proibido qualquer tipo de discriminação. Podem ser contratados trabalhadores expatriados, contudo, deverão progressivamente ser substituídos por nacionais (Diário da República, 2011c, pp. 1320-1327).

trabalho; formar e capacitar mão-de-obra nacional; fomentar o empresariado angolano; promover o desenvolvimento tecnológico da indústria nacional e como objetivos últimos contribuir para a criação/produção de rendimentos que permitam reduzir a pobreza (º 6).

Vamos cingir-nos, no entanto, apenas à província de Luanda que é aquela que nos importa descrever e analisar em pormenor. Para tal, iremos relatar o posicionamento de Luanda nos principais setores de atividade económica. Para facilitar a leitura dos indicadores por setor, convidamos à análise do Quadro 15, sobre o setor primário, do Quadro 16, sobre o setor secundário e do Quadro 17, sobre o setor terciário.

Quadro 15. Posicionamento de Luanda no setor primário de atividade económica, entre 2009 e 2013

Agricultura
<ul style="list-style-type: none"> • Fundamentalmente nos municípios de Icolo e Bengo, Quissama, Cacuaco, Belas e Viana. • Possui dentro da própria província, os consumidores finais dos seus produtos, o que facilita o escoamento e ainda beneficia de recursos hídricos favoráveis e determinantes para este setor. • Em 2012, destacou-se principalmente na produção de raízes e tubérculos, mas também de cereais. Nesse ano, o setor deu emprego, a 76.120 pessoas. • Em 2013, o setor cresceu 8,6% principalmente devido à produção de cereais; foi também, responsável por 11% do P.I.B. e 70% do emprego total.
Pecuária
<ul style="list-style-type: none"> • Este setor beneficia de condições favoráveis em toda a extensão rural da província, para a criação de aves, suínos, caprinos, ovinos e bovinos. • A produção tem, contudo, vindo a diminuir devido à expansão da área residencial urbana, o que afeta as áreas reservadas à criação de animais de pastoreio. • Em 2012, o setor destacou-se pela produção de carne bovina e ovos, e concedeu emprego a 10.789 pessoas.
Silvicultura
<ul style="list-style-type: none"> • Apesar das condições favoráveis a província não possui elevado potencial neste setor. • Destaca-se a exploração e comercialização de madeira em toro, de combustível vegetal (carvão e lenha) e o processamento de mel.
Pescas
<ul style="list-style-type: none"> • Apesar das excelentes condições para a prática piscatória (marítima e continental), este setor não é representativo a nível nacional. • Verifica-se a existência de más condições e fraco apetrechamento das embarcações, bem como falta de formação e conhecimentos das tripulações sobre a utilização dos equipamentos a bordo, o que coopera para os níveis insuficientes de produtividade. Ainda se salienta a inexistência de câmaras ou arcas frigoríficas para a manutenção do pescado até à sua distribuição. • Contudo, entre 2009 e 2012, o volume de capturas aumentou progressivamente de 44.206 para 144.843. • Ao nível do emprego, em 2012, destaca-se que a maioria dos pescadores se dedicou à pesca marítima. Além dos pescadores, neste setor trabalham ainda mais 5.048 pessoas.

Fonte: Elaboração própria com base em Muzima e Mazivila (2014) e A.I.P. (2015).

De acordo com a informação do Quadro 15, verificamos que no setor primário, se destacava em 2013, o setor da agricultura devido a um crescimento de 8,6% e ao provimento de 70% do emprego total, e o setor das pescas que demonstrou também melhorias entre 2009 e 2013, através de um aumento do volume de capturas.

Quadro 16. Posicionamento de Luanda no setor secundário de atividade económica, entre 2009 e 2013

Indústria extrativa
<ul style="list-style-type: none"> • Luanda destaca-se como uma província com abundância em recursos minerais: calcário, burgau, areia, solo vermelho, argila e areia siliciosa. • A maior parte da exploração e produção destes recursos ocorre no município do Cacuaco, à exceção da areia siliciosa que é extraída exclusivamente em Viana. E, recentemente, o município da Quissama tem-se destacado pela produção de calcário. • Em 2012, a produção em metros cúbicos (m³) foi de 525.089 em calcário, 51.198 em burgau, 49.607 em argila e 22.337 em areia siliciosa. • Em novembro 2012, foi promulgada a lei das minas (Lei 31/11 – novo código mineiro), que levou à redução de impostos sobre as receitas de 35% para 25%, o que permitiu aumentar o investimento privado. • Em 2010, o setor empregou na sua maioria mão-de-obra nacional e alguns expatriados.
Indústria transformadora
<ul style="list-style-type: none"> • A maior zona industrial nacional localiza-se na província de Luanda. • Detém elevado potencial de crescimento, uma vez que possui boas vias de escoamento de produtos, que elevam Luanda à melhor plataforma logística do país. • Dispõe de importantes indústrias e distribuição bastante diversificada de produtos, dos quais se destaca a produção (crescente entre 2009 e 2012) de: cerveja (5.757.066), refrigerantes (4.493.967), água de mesa (1.198.012) e vinho (483.580) e em menor escala, foi produzida uma enorme diversidade de produtos. • Não se encontraram dados disponíveis relativamente ao emprego neste setor.

Fonte: Elaboração própria com base em Muzima e Mazivila (2014) e A.I.P. (2015).

Como se pode verificar no Quadro 16, a província de Luanda domina e tudo aponta para que continue a dominar a economia angolana, dada a sua posição no âmbito político e económico. É em Luanda, que se encontra a maioria das sedes de empresas e a maioria dos ministérios. Possui o maior porto comercial, pelo que concentra uma grande atividade comercial. Porém, os custos de vida são de tal forma elevados que a cidade de Luanda se encontra entre as cinco cidades mais caras do mundo e em três anos consecutivos foi eleita a cidade mais dispendiosa para os estrangeiros. Outro senão é o engarrafamento do trânsito que dificulta a mobilidade dentro da cidade e para as suas periferias. Este constrangimento afeta a circulação de pessoas e bens, pelo que se verificam muitos atrasos na distribuição de bens e produtos (Serra *et al.*, 2015). O Quadro 17 patenteia dados sobre o setor terciário de atividade económica desenvolvido na província de Luanda.

Quadro 17. Posicionamento de Luanda no setor terciário de atividade económica, entre 2009 e 2013

Comércio
<ul style="list-style-type: none"> • A província de Luanda dispõe de 40.574 estabelecimentos comerciais, dos quais 25.603 foram licenciados a nível local e 14.971 foram licenciados a nível ministerial pela Direção Nacional do Comércio. É a província que disponibiliza uma maior oferta na área comercial e apresenta um elevado potencial de expansão empresarial. • Os municípios de Luanda e de Viana disponibilizam um maior número de estabelecimentos licenciados, 1.286 e 351, respetivamente. • O comércio informal é muito representativo em Luanda, dedicando-se especialmente à venda de produtos alimentares e têxteis. Este tipo de comércio tenderá a ser absorvido pelo sistema formal, devido ao surgimento de programas de empreendedorismo e de educação financeira. • Ocorreu expansão na rede de mercados populares, tendo sido classificados em 4 categorias (municipais, de bairro, de peixe e quiosques), o que permite uma atividade comercial mais organizada.
Hotelaria e Turismo
<ul style="list-style-type: none"> • Todos municípios de Luanda possuem fatores de interesse turístico, o que se traduz num peso/volume significativo de turismo de negócios. • Este setor tem vindo a desenvolver-se. Foram recentemente criadas novas infraestruturas bem apetrechadas e de elevado nível de qualidade que dinamizam o turismo de negócios e o lazer, nesta província. • A rede/oferta turística (em 2012) dispõe de: 282 hospedarias, 140 pensões e 73 hotéis, entre outras, num total de 584 infraestruturas deste tipo; permitindo uma oferta de 14.641 quartos e 18.356 camas; Ao nível da restauração, a oferta é ampla, desde 704 botequis que são a maioria, 638 restaurantes, 491 snack-bares, 401 lanchonetes, 294 tabernas, 133 cervejarias, 105 pastelarias, 56 cafés, 41 geladarias e 2 casas de chá; Destacam-se ainda, estruturas de entretenimento e diversão noturna: 31 discotecas, 19 boates, 16 bares, 13 danceterias, 13 centros recreativos e 9 <i>night-clubs</i>. • Ao nível do emprego este setor contou com uma força de trabalho na ordem de 29.129 trabalhadores.
Ambiente
<ul style="list-style-type: none"> • À elevada densidade populacional, somada ao crescimento populacional e ao aumento da indústria nesta província, acresce a preocupação com a elevada produção de resíduos, pelo que é necessária, uma atenção muito especial e o aumento da eficiência na execução dos serviços de limpeza pública. • No que diz respeito ao desempenho deste sistema de limpeza público, verifica-se um grau de cobertura de cerca de 47%, o que traduz a incapacidade de resposta às necessidades pretendidas. • Em 2012, houve um investimento público para o setor do ambiente, na ordem de 420.229 milhares de Kwanzas.
Transportes
<ul style="list-style-type: none"> • Este setor encontra-se em franca expansão, através de um programa integrado que objetiva articular a circulação rodoviária, ferroviária e marítima, procurando melhorar a acessibilidade das populações bem como os constrangimentos de trânsito que são agravados pelo elevado crescimento populacional. • Reabilitação do caminho-de-ferro de Luanda-Malange, numa extensão de 424 quilómetros, o qual facilita o escoamento de produtos. • Ampliação e modernização do Porto de Luanda, com capacidade para atracarem 32 navios e uma área de 30 hectares para um terminal de contentores. • Inauguração dos terminais de transporte marítimo de passageiros de Kaposoca, que permitirá descongestionar o trânsito geralmente caótico na província de Luanda. • Encontra-se em construção o novo Aeroporto Internacional de Luanda, situado a 40 km de Luanda. Este será um dos maiores aeroportos do Continente Africano. Prevê-se uma capacidade anual de 15 milhões de passageiros e de 600 mil toneladas de carga. • Ao longo dos últimos anos têm sido reabilitadas estradas entre províncias, nomeadamente nos eixos Luanda-Benguela, Luanda-Uíge, Luanda-Malange e Luanda-Huambo, assim como se melhoraram vias secundárias e municipais. • Foi criada a via expressa periférica no eixo Cacuaco-Viana, que favorece os municípios de Cacuaco, de Belas e de Viana.

Fonte: Elaboração própria com base em Muzima e Mazivila (2014) e A.I.P. (2015).

Antes de finalizarmos a nossa apreciação sobre o posicionamento de Luanda nos principais setores de atividade económica, gostaríamos de salientar aspetos positivos e negativos no setor das atividades económicas na província de Luanda (Quadro 18).

Quadro 18. Aspetos positivos e negativos no cenário de atividade económica na província de Luanda

Aspetos positivos	Aspetos negativos
<ul style="list-style-type: none"> • Proximidade geográfica com um vasto mercado de consumo; • Boas vias de comunicação para escoamento dos produtos, tanto para o mercado interno, como externo, constituindo a mais importante plataforma logística do país; • Abundância de matérias-primas; • Espírito empreendedor da população. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevados custos de produção causados pelos elevados custos em energia e transportes; • Falhas no abastecimento regular de energia e água; • Flutuações nos preços das mercadorias; • Mão-de-obra com fracas qualificações e pouco produtiva; • Ambiente de negócios ainda não é propício; • Dificuldades no acesso ao microcrédito; • Insuficientes estruturas para incubação de empresas.

Fonte: Elaboração própria com base em Muzima e Mazivila (2014) e A.I.P. (2015).

A superação de parte dos constrangimentos encontrados no setor de atividade económica, podem ser encontrados na criação de cursos básicos de empreendedorismo ao nível de cursos de formação técnica e profissional, que facilitariam a qualificação de mão-de-obra, na criação de políticas fiscais que facilitem o acesso ao microcrédito e, assim, a criação de novos negócios, a redução dos preços em energia e das taxas praticados no investimento privado. Deste modo, facilitar-se-ia a tão desejada e falada diversificação da economia, bem como se tornaria mais competitiva.

De acordo com todo o exposto e literatura analisada, subscrevemos as palavras de João Serôdio de Almeida (docente universitário da Universidade Agostinho Neto): *a longa guerra pela independência (...) a guerra interna para se firmar como um país de pleno direito, causaram grandes distorções sociais mas também criaram um forte sentimento de unidade nacional*. Este autor acredita que todas as dificuldades e constrangimentos causados pela guerra podem ser ultrapassados *se for dada continuidade ao programa do governo para a educação globalizada, com uma aposta muito forte no ensino superior* (Almeida, 2011, p. 1) como iremos verificar nos *itens* que se seguem.

3.9. Notas conclusivas

Neste capítulo foi realizada uma caracterização do território angolano. Começou-se por abordar a origem etimológica da palavra “Angola” e refletiu-se sobre os principais

acontecimentos históricos, como a ocupação colonial que decorreu pelo período de perto de um século (desde a Conferência de Berlim em 1884 até à independência em 1975), o período de guerra colonial (entre 1961 e 1974), o período de guerra civil (novembro de 1975 a abril de 2002) e os diversos acordos e tratados realizados na tentativa de se alcançar a paz.

Descreeveram-se alguns dados gerais, como a moeda e a língua oficial, assim como os dialetos mais falados em determinadas províncias. Foram, ainda, relatados diversos domínios que nos permitiram aprimorar o conhecimento sobre o território angolano, tais como os seus principais recursos hídricos, os aspetos sociodemográficos, com especial incidência sobre os indicadores sociais e as condições de vida, destacando ainda uma sucinta visão do sistema de saúde e do perfil epidemiológico angolano.

Por último, fez-se uma breve análise sobre os principais indicadores da situação socioeconómica do país, enfatizando e focalizando os aspetos particulares da economia que se centraliza na cidade de Luanda.

No capítulo que se segue será caracterizada a rede de ensino existente em Angola, focalizando as fases e reformas por que o sistema de educação passou e realizou para a melhoria da qualidade do ensino e da rede de acesso à educação. É enfatizada a rede de ensino superior e findamos com uma breve reflexão sobre o trabalho dos professores universitários em Angola.

Capítulo 4. Caracterização da rede geral de ensino em Angola: um olhar sobre o ensino superior

Neste *item* será efetuada uma caracterização geral da rede de ensino existente em Angola. Começaremos por realizar uma breve evolução histórica do sistema educativo, desde o período colonial ao período pós-independência, descrevendo os constrangimentos encontrados no sistema educativo vigente, até aos progressos alcançados com o novo sistema de educação e com a ampliação da oferta educativa nos diversos níveis de ensino. Seguir-se-á a descrição sobre a cobertura de ensino existente e uma caracterização da estrutura ou níveis que o compõem. Faremos, também, uma abordagem genérica aos indicadores nacionais, no que concerne às taxas de alfabetismo e de matrículas por nível de ensino, refletindo sobre o rendimento (aprovação e reprovação) e abandono escolar em Angola. Findamos com uma caracterização ampla, porém objetiva e evolutiva sobre a rede de ensino superior, público e privado, existente em Angola. Este último *item*, é destacado do anterior, apesar de lhe pertencer, para assim fazer uma abordagem particularizada, por se tratar do nível de ensino sob o qual incide a nossa investigação e análise.

4.1. Evolução histórica do sistema educativo

No período da educação salazarista, compreendido entre 1926 e 1961, o ensino primário (estabelecido pelo Decreto 518 de 16 de abril de 1927) e a propagação da língua portuguesa, bem como as despesas com a educação pública, eram da responsabilidade do Estado e das missões católicas. A lecionação de nível secundário era ministrada em apenas duas instituições oficiais: no Liceu Salvador Correia na província de Luanda e no Liceu Diogo Cão em Sá da Bandeira (atualmente denominada de Lubango) na província de Huíla. O ensino técnico-profissional era ministrado em escolas oficinas (escolas comerciais, industriais e agrícolas). Este tipo de instrução destinava-se exclusivamente aos nativos (Neto, 2014). Fruto desta discriminação racial, em 1950, a taxa de analfabetismo entre a população nativa (negra) com idade superior a 15 anos, rondava os 97% e menos de 5% das crianças em idade escolar (dos 5 aos 14 anos) frequentava a escola primária (Tomás, 2010).

Em 1953/54, Marcelo Caetano oficializa a política de assimilação, na *Conferência do Centro de Estudos Económicos da Associação Comercial do Porto*, vindo a ser implementada em 1960. Essa política estabeleceu a distinção, sob o ponto de vista cultural, entre os colonos e os nativos, subdivididos ou classificados em dois grupos: os assimilados

e os indígenas (negros). Para atingir o *status* de assimilado e obter o direito de cidadão, *o nativo tinha de atingir os 18 anos de idade, falar corretamente o português, ter uma profissão ou ocupação que lhe garantisse a si e aos seus familiares o mínimo necessário para viver, ‘comportar-se de forma digna’, possuir um determinado nível de formação e cultura dentro dos padrões portugueses e cumprir obrigatoriamente o serviço militar* (Neto, 2014, p. 170). Um número inferior a 1% conseguia a ascensão social.

Na época colonial, a escolarização dos nativos não era uma preocupação. Havia muito poucas escolas e a sua localização nas grandes cidades dificultava o acesso às crianças do meio rural. O período entre 1961 e 1974, como vimos anteriormente, foi marcado pelos movimentos nacionalistas para a independência política de Angola. Com o objetivo de reprimir os movimentos de luta pela libertação nacional, o regime colonial aboliu a política de assimilação e indigenato, ampliou a escolaridade aos angolanos e desenvolveu a rede escolar com a abertura de escolas primárias e secundárias em centros urbanos e em certos espaços rurais. Em 1964, foi realizada uma reforma do Ensino Primário Elementar nas Províncias Ultramarinas, segundo o Decreto nº 45.908 de 10 de setembro, instituindo a obrigatoriedade do ensino primário e a sua gratuitidade para crianças dos 6 aos 12 anos. Foi implementado um programa de escolarização denominado *Levar a escola à sanzala: Plano de ensino primário rural em Angola 1961-62*, aprovado pelo então secretário provincial da educação, Amadeu Castilho Soares. Foram também fundadas escolas de magistério primário para a formação de professores, monitores e gestores escolares, através do Decreto nº 44.240 de 17 de março de 1962. Em 1973, apenas 33% da população angolana frequentava o ensino e 90% era analfabeta. Em 1974, apenas 15% dos nativos tinham acesso ao ensino elementar nos espaços rurais (Tomás, 2010; Liberato, 2014; Neto, 2014). Em 1976, existiam cerca de cem licenciados e o índice de analfabetismo rondava os 85% (R.S. Oliveira, 2015).

Com a independência em 1975, Angola deparou-se, ao nível do ensino, com um terço da população adulta analfabeta e dois terços da população fora do sistema escolar. A cobertura escolar era débil, os materiais básicos para aprendizagem eram escassos e os conteúdos educativos eram inadequados (Governo de Angola, 2011). Para a melhoria do processo educativo, o país contou com o apoio de professores cubanos, búlgaros e húngaros, entre outros, para a lecionação no ensino secundário, médio e superior (Neto, 2014).

O M.P.L.A. desenvolveu um sistema de educação básica que permitiu duplicar o número de alunos a frequentar a escola. Entre 1977 e 1978, o sistema de ensino formal

compreendia 1,9 milhões de crianças matriculadas e ao ser lançado um programa de cobertura escolar nos espaços rurais, foram alfabetizadas aproximadamente 102.000 crianças, atingindo mais de 1 milhão em 1980 (Tomás, 2010).

O Governo (Governo de Angola/M.E.D., 2011) descreve da seguinte forma a evolução do sistema de educação em Angola, que como país independente, compõe-se por três períodos:

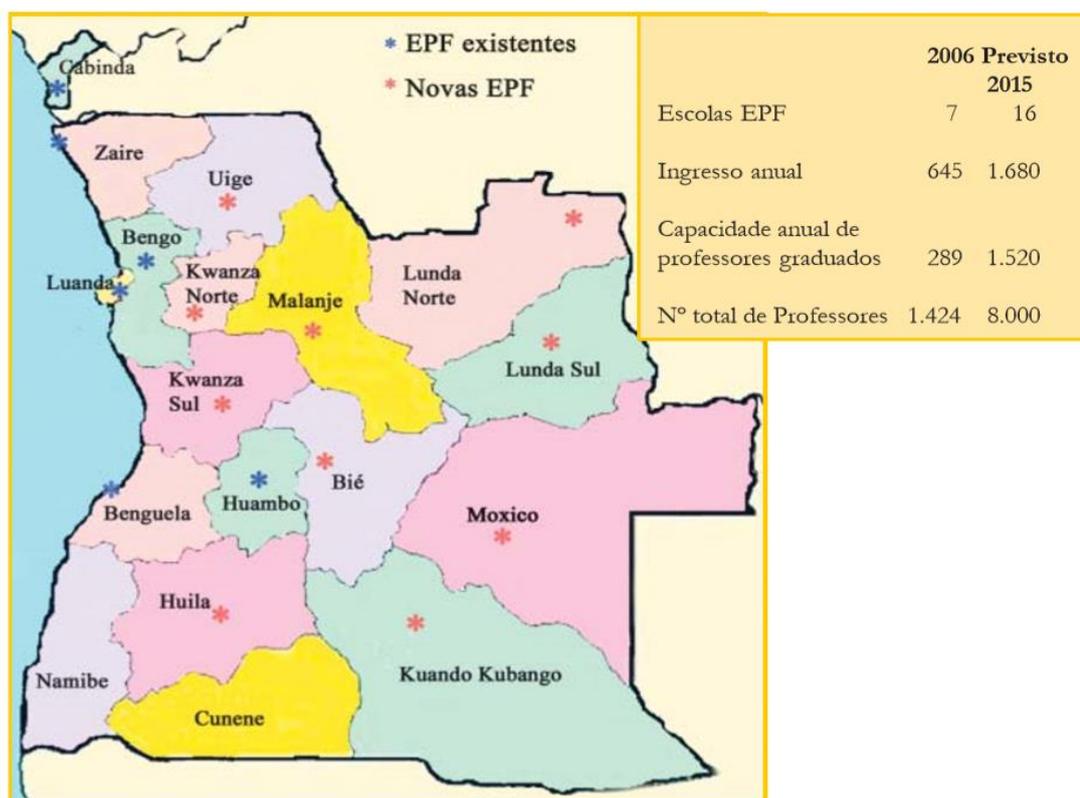
- 1º Período (1975-1990) quando surge a primeira Reforma Educativa, três anos após a independência, em 1978, e que pôs fim ao sistema educativo colonial. Esta reforma pretendeu adequar os planos de estudos, perfis de saída, programas e manuais escolares e sistemas de avaliação das aprendizagens (M.E.D./C.A.A.R.E., 2010), através do decreto nº 40/80 de maio de 1980, com novos métodos e uma estrutura do sistema educativo diferente, em três níveis, ou seja, ensino de base, médio e superior (Buza, 2007); este período caracteriza-se pela democratização e gratuidade do ensino, alargando e permitindo a frequência escolar a uma maior fatia da população, incluindo os espaços rurais;

- 2º Período (1991-2001) quando é elaborado o Novo Sistema de Educação e aprovada a Lei de Bases do Sistema de Educação (Lei nº 13/01 de 31 de dezembro) em Assembleia Nacional; esta lei defende a escolarização de todas as crianças em idade escolar, objetiva reduzir o analfabetismo de jovens e adultos e aumentar a eficácia do sistema de educação, apontando no artigo 5º (laicidade) que o sistema de educação é independente de qualquer religião (Assembleia Nacional da República de Angola, 2001); Destaca-se ainda, que em 1995, o Governo lançou um plano estratégico denominado Plano Quadro Nacional de Reconstrução do Sistema Educativo 1995-2005 (P.Q.N.R.S.E.), que sustenta a necessidade de articulação consistente entre a escola (eficácia interna) e a comunidade (eficácia externa), no sentido da primeira servir a segunda formando agentes comunitários (M.E.D./A.D.P.P., 2006; Tomás, 2010);

- 3º Período (2002-2012) quando surge a segunda Reforma Educativa e é implementado o Novo Sistema de Educação mediante a aprovação do Decreto nº 2/05 de 14 de janeiro, que estabelece um plano de implementação progressiva; com base nas recomendações do Plano Quadro Nacional de Reconstrução do Sistema Educativo (1995 – 2005), em 1996 o Ministério da Educação (M.E.D.) elabora um acordo com a A.D.P.P. (Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo em Angola, Organização Não-Governamental oficialmente registada no Ministério da Justiça), que se materializou num plano de expansão de Escolas de Professores do Futuro (E.P.F.), com objetivo de formar novos professores e expandir novas escolas por 16 das 18 províncias de Angola. Esta

parceria perspectivava até 2015 a criação de 16 E.P.F. garantindo uma capacidade anual para graduar 1.520 novos professores para o Ensino Primário. Cada E.P.F. tem capacidade para diplomar 95 professores de ensino primário por ano (M.E.D./A.D.P.P., 2006 - Figura 14).

Figura 14. Plano de expansão de Escolas e de Professores do Futuro, em território angolano, em 2006 e previsão para 2015



Fonte: M.E.D./A.D.P.P. (2006, p. 6).

A implementação de acordos, planos e estratégias do Governo angolano, tem como objetivos, *o combate à pobreza e ao analfabetismo, na promoção da saúde, na redução das desigualdades sociais e de género, na recuperação económica, na consolidação de uma sociedade democrática e de direito* (M.E.D./C.A.A.R.E., 2010, p. 4).

4.2. Níveis de ensino e principais indicadores nacionais

No fim do período colonial, o ensino em Angola tinha dois programas: o oficial do governo, que facultava a formação aos servidores públicos e também a formação de cariz artístico; e um programa fora do oficial que era ministrado pelas missões católicas e protestantes.

Nessa época, Angola contava com os seguintes níveis de ensino: infantil e primário, primário elementar, profissional de artes e ofícios, secundário (em duas vertentes, uma ministrada nos liceus e outra nas escolas técnicas), médio e superior. O ensino primário era de frequência obrigatória para crianças com idade entre os 6 e os 12 anos, de acordo com o Decreto-Lei nº 45908 de 1964. A lecionação estava a cargo das escolas primárias das missões religiosas, das escolas do Estado ou particulares. Quanto à estrutura do nível de ensino primário, era composto por uma série em pré-primária mais quatro séries de primária. A pré-primária era ministrada por professores diplomados no ensino primário, pelo magistério e tinha como objetivo o ensino do uso oral correto da língua portuguesa, além da preparação para as séries seguintes. Ao nível da sua cobertura, em 1967, existiam 3 escolas do Estado com 10 professores para 249 alunos e 19 escolas particulares com 42 professores para 1.225 alunos. O ensino secundário, também se lecionava nos 9 liceus oficiais ou em colégios particulares, tinha a duração de 7 anos e era composto por três ciclos. O ensino técnico (profissional) era ministrado em escolas técnicas e havia a opção de lecionação em regime noturno. Existiam os seguintes cursos: ensino geral, comércio, formação feminina, serralheiros, eletricitas, carpinteiros/marceneiros, auxiliares de laboratório e pintura decorativa (Neto, 2014).

Com a primeira Reforma Educativa de 1978, o sistema de educação passou a ser estruturado em quatro grandes níveis: educação pré-escolar, que englobava os anos em regime de creche e jardim-infantil e 1 ano de iniciação; ensino de base, que se dividia em três níveis, 1º nível (1ª, 2ª, 3ª e 4ª classes) de 4 anos que correspondiam ao ensino obrigatório, 2º nível (5ª e 6ª classes) e 3º nível (7ª e 8ª classes); ensino médio de 4 anos (em regime normal ou técnico, desde a 9ª à 12ª classes) ou pré-universitário de 3 anos (1º, 2º e 3º anos); ensino superior, que se divide em 1º nível (1º, 2º e 3º anos) e 2º nível (4º e 5º anos) (Governo de Angola/M.E.D., 2011).

A implementação do Novo Sistema de Educação (segunda reforma do sistema de educação) seguiu um plano aprovado pelo Decreto nº 2/05 de 14 de janeiro, que definiu um regime de transição progressiva entre o antigo e o novo sistema educativo. O plano de implementação progressiva do novo sistema educativo seguiu 5 fases: 1) preparação (2002-2012); 2) experimentação (2004-2010); 3) avaliação e correção (2005-2010); 4) generalização (2006-2011) e 5) avaliação global (a partir de 2012). Ao longo destas fases, foi realizado o teste e ajustamento prévio dos *curricula* escolares, nomeadamente, dos perfis de saída, dos planos de estudo, dos programas de ensino e dos materiais pedagógicos. A transição do antigo para o novo sistema de educação foi lenta permitindo acautelar o de

processo ensino-aprendizagem. Esta decisão de implantação progressiva anual de uma classe para outra, também aconteceu devido à escassez de recursos económicos (M.E.D./C.A.A.R.E., 2010; Governo de Angola/M.E.D., 2011).

O atual sistema de educação angolano é composto por três níveis de ensino, de acordo com artigo 10º da Lei de Bases do Sistema de Educação (L.B.S.E., 2001), Lei nº 13/01 de 31 de dezembro: ensino primário, ensino secundário e ensino superior (A.N., 2001). O direito à educação é protegido, promovido e defendido, pela Constituição da República de Angola, no artigo 79º (Direito ao ensino, cultura e desporto) seguindo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigo 27º).

A finalização do 2º ciclo ou equivalente ao nível III (13ª classe) da via profissionalizante, permite o acesso ao último o nível de ensino, o ensino superior. Este divide-se em graduação (bacharelato e licenciatura) e pós-graduação, que compreende os anos referentes a mestrado, doutoramento e especialização (Governo de Angola/M.E.D., 2011; C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a). O ensino superior será caracterizado no *item* seguinte.

De acordo com os dados recolhidos no I.B.E.P. (2008-2009), de um universo de 4.865 crianças apenas 9,7% com idade compreendida entre os 3 e os 5 anos, se encontravam matriculadas no ensino pré-escolar. Destas, 10,5 % pertenciam ao sexo masculino e 8,9% eram de sexo feminino, e 11,6% residentes em espaços urbanos e 7,6% em espaços rurais. A província com maior número de matrículas, neste nível de ensino, era Cabinda com 20,8%, seguindo-se a província do Bié com 19,7%. Com um menor número de matrículas, destaca-se a província do Uíge com apenas 1,7%. As três principais razões indicadas para justificar a não frequência escolar, eram: a não existência de equipamento de ensino na localidade; a criança ser ainda pequena e também por ser caro. Os motivos para nunca ter frequentado a escola, foram: a guerra, a falta de escola na localidade, ficar muito longe, a falta de transporte, a falta de vagas, a falta de professores, ter de trabalhar, ter de cuidar das tarefas de casa, a falta de recursos económicos para despesas escolares, não ter idade e não gostar de estudar. Ao verificar a escolaridade das mães respondentes, 94,1% não tinham realizado frequência escolar e 91,2% apenas havia realizado o nível primário (I.N.E., 2011).

O Instituto Nacional de Estatística indica que em relação ao nível de escolaridade, a população angolana com 18 ou mais anos de idade, encontra-se distribuída da seguinte forma: 55,5% tem o ensino primário; 24,2% o 1º ciclo do secundário; 16,1% o 2º ciclo do secundário e apenas 4,1% frequentou o ensino superior e 0,1% tem outro tipo de formação (I.N.E., 2013). Segundo o Relatório de Desenvolvimento Humano 2013 a média de anos

de escolaridade da população angolana em 2012 era apenas de 4,7 anos, quando seria esperado que se frequentassem uma média de 10,2 anos de escolaridade.

Atendendo a que a educação é um fator decisório para o progresso social, e é um vetor estratégico para o desenvolvimento socioeconómico de um país, consideramos estes números preocupantes. Na nossa perspetiva é necessário o empoderamento da população com o fim de capacitar os cidadãos para a participação na vida pública.

A frequência escolar e a preocupação com a educação e com o nível de escolaridade é superior nos espaços urbanos, mas como vimos anteriormente, este fato pode ser justificado pela inexistência de equipamentos escolares próximos da residência. No que respeita ao género, são na generalidade os homens que mais frequentam as escolas (I.N.E., 2011).

O ensino primário, registou em 2013, a nível nacional um total de 5.162.879 matrículas, sendo 22% correspondentes à província de Luanda e 11% registados na província de Benguela. Uma vez que a capital concentra 27% da população total, seria espectável esta disparidade para com outras províncias do país (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a; I.N.E., 2014).

De acordo com o que já foi exposto sobre a situação do ensino no território angolano concordamos com o Governo Angolano quando apresenta o Plano Nacional de Desenvolvimento da República de Angola 2013-2017 como o veículo principal que, à luz da Estratégia Angola 2025, constituirá a orientação para alcançar os objetivos fixados: aumentar a qualidade de vida do povo angolano de Cabinda ao Cunene, transformando a riqueza potencial que constituem os recursos naturais de Angola em riqueza real e tangível dos angolanos (M.I.N.P.L.A.N., 2012). Acreditamos que esta valorização e desenvolvimento assentará, em primeiro lugar na *alfabetização e escolarização de toda a população, que são a base para a formação e qualificação técnico-profissional e formação superior dos seus Quadros, essenciais ao Desenvolvimento Sustentável, Equitativo de Angola* (M.E.D., 2014, p. 12).

Para a promoção social dos angolanos e para a promoção do desenvolvimento sustentável em Angola, é necessário *um forte investimento na aquisição inicial e contínua de conhecimentos, capacidades técnicas e habilidades cognitivas dos cidadãos*, ou seja, é preciso visão estratégica para o crescimento socioeconómico e o alcançar do progresso nos diversos setores e níveis sociais, portanto, *quanto maior oportunidade de educação for dada aos cidadãos, maior possibilidade haverá destes participarem na vida pública, económica, social e cultural do País* (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a, p. 70).

Tendo em conta as baixas qualificações da maioria da população angolana, bem como os fracos recursos económicos de que dispõem – 36,6% da população angolana vive abaixo da linha de pobreza nacional, segundo o I.B.E.P. (2008/09) – torna-se crucial o financiamento público para o desenvolvimento e promoção social de todos os angolanos, que passa pelo forte investimento no setor da educação.

De acordo com o Relatório Social de Angola 2013 verifica-se um aumento do investimento do Estado no setor da educação, ao longo dos últimos 4 anos (de 2010 a 2013) passando de 2010, em que foram disponibilizados 263,5 mil milhões de kwanzas, para 536,93 mil milhões de kwanzas em 2013. Conclui-se, deste modo, que entre 2010 e 2013 duplicaram as despesas orçamentais no setor da educação, o que equivale a um aumento nominal de 103,8% e cerca de 25,9% em termos de crescimento médio anual. Quanto às despesas da educação por nível de ensino, verifica-se que a prioridade é dada ao ensino primário, seguida do ensino secundário e, por fim, o ensino superior. Não obstante, quando é analisada a despesa *per capita* em cada nível de ensino, conclui-se que é no ensino superior que se disponibiliza a maior fatia orçamental, uma vez que é o nível de ensino que possui um menor número de alunos matriculados.

A análise das despesas públicas com a educação e principalmente atendendo ao peso relativo da despesa com a educação, no O.G.E., o qual em 2013 foi de apenas 8,1%, permite-nos concluir que o Executivo angolano ainda não atribui à educação o papel ou a importância enquanto fator estratégico de desenvolvimento e de progresso social. Apesar de, como descrito anteriormente, ao longo dos últimos dez anos (2002-2012) ter realizado um longo processo de reforma educativa.

Concluimos, assim, após a análise do Relatório Social de Angola 2013 que permanece atual a seguinte citação do Relatório Social de Angola 2012 relativo à importância que o Estado confere ao setor da educação: *Apesar de ser um direito fundamental, consagrado na Constituição da República, na prática é assumida como um encargo da família e o Estado se desonera da sua fraca prestação, não atendendo à sua importância como base necessária para a formação de uma mão-de-obra nacional de qualidade, que possa permitir um crescimento económico diversificado e sustentado* (C.E.I.C./U.C.A.N. (2013, p. 88).

Em seguida, iremos debruçar-nos sobre a situação do ensino superior em Angola, desde a sua implementação ou criação até ao momento atual da redação da presente tese.

4.3. Visão geral sobre a rede de ensino superior

Neste *item* pretendemos fazer uma abordagem sobre o subsistema de ensino superior em Angola focando vários aspetos, tais como, a estrutura, o acesso, a evolução e as despesas e financiamento.

De acordo com a Lei de Bases do Sistema de Educação (artigo 35º da Lei nº 13/01), *o subsistema de ensino superior visa a formação de quadros de alto nível para os diferentes ramos de actividade económica e social do País, assegurando-lhes uma sólida preparação científica, técnica, cultural e humana*. Encontra-se estruturado em dois níveis, mediante o disposto no artigo 37º da mesma Lei. Para melhor compreendermos como se encontra estruturado este subsistema, observemos o Quadro 19.

Quadro 19. Níveis de graduação do subsistema de ensino superior e respetiva duração

Ensino Superior			
Graduação	<i>Bacharelato</i>	<i>Licenciatura</i>	
	3 Anos - terminal	4 - 6 Anos (1º - 4º/5º ou 6º)	
Pós-graduação	<i>Profissional</i>	<i>Académica</i>	
	Especialização	Mestrado	Doutoramento
	Até 1 ano - variado	2 - 3 Anos	4 -5 Anos

Fonte: Buza (2007, p. 35).

O nível Graduação (disposto no artigo 38º da Lei nº13/01) comporta o Bacharelato (de carácter terminal, com 3 anos de duração), permitindo a aquisição de conhecimentos para o exercício de uma atividade profissional, e a Licenciatura (que pode durar de 4 a 6 anos, consoante o curso), que confere uma preparação científica mais profunda, habilitando para o exercício de uma atividade profissional.

O nível Pós-graduação (artigo 39º da Lei nº13/01) encerra duas categorias: a Pós-graduação académica (com os níveis de Mestrado e de Doutoramento) e a Pós-graduação profissional, que compreende a especialização.

O acesso ao subsistema de ensino superior, de acordo com a vigente segunda Reforma Educativa pode ser feita por duas vias: uma através da conclusão do 2º ciclo do ensino secundário num curso de Ensino Geral, sendo para tal, necessários 12 anos de escolaridade; ou após a frequência de 13 anos de escolaridade e mediante conclusão do 2º ciclo do ensino secundário num curso de formação média normal ou num curso de formação média técnica (Governo de Angola/M.E.D., 2011).

O regime de frequência neste subsistema de ensino associa-se a três modalidades (artigo 26º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro), sendo a escolha uma opção do estudante: o ensino presencial, lecionado nos turnos da manhã e noite; o ensino semi-presencial, realizado geralmente a distância (ambos regulados em diploma próprio); ensino a distância, que pode ser autorizado pelo Conselho de Ministros, caso seja do interesse do Estado, mas sob proposta do órgão de tutela.

A história do ensino superior em Angola é muito recente. A data de instalação dos Estudos Gerais Universitários é 6 de outubro de 1963 (Buza e Alberto, 2012; Carvalho, 2012). Na sua base, esteve a proposta do governador-geral Venâncio Deslandes apresentada ao Ministro do Ultramar, Adriano Moreira. Esta proposta encontrou uma série de entraves. Em Angola, por vir a beneficiar uma minoria, e em Portugal, por apresentar uma certa inconstitucionalidade e também por poder romper a '*unidade nacional*' (Mendes, 2013a, p. 19), uma vez que existia, a desconfiança de que o Governo de Luanda poderia usurpar atribuições que supostamente pertenciam ao Governo Central (sediado em Lisboa).

Em 1962, a Igreja Católica criou o Instituto Pio XII, com o objetivo de formar assistentes sociais (Carvalho, 2012). Aliás, este foi o primeiro curso superior a funcionar em Angola, em 1962, ano em que também se criaram as primeiras escolas de magistério (Neto, 2014). As missões católicas foram as primeiras, seguindo-se as Jesuítas e mais tarde as protestantes, encarregando-se do ensino e também da evangelização. Foram, inclusive, as missões protestantes que proporcionaram aos angolanos (negros) bolsas de estudo para a realização de formação superior. Contudo, esta ação não foi bem tolerada pelo regime colonial, que os expulsou do território sob acusação de proporcionarem a rebelião e preparando os angolanos para a independência (Liberato, 2014).

Em outubro de 1963, começaram a ser ministrados, em Luanda os cursos de Medicina, Engenharia, Veterinária, Agronomia, Silvicultura e Ciências Pedagógicas. Em 1964, o número de alunos a frequentar os estudos superiores rondava os 531 (Carvalho, 2012) e em 1966, já ultrapassava os 600 alunos, que eram maioritariamente 'brancos' (Liberato, 2014). Esta população escolar contava com a lecionação de apenas 18 professores universitários (Buza e Alberto, 2012).

A 11 de Dezembro de 1968, o Governo Central de Lisboa altera a designação dos Estudos Gerais Universitários de Angola para Universidade de Luanda, através do Decreto-Lei nº 48.790 (Tomás, 2010; Liberato, 2014). Em 1969 foi inaugurado o Hospital Universitário de Luanda (Carvalho, 2012).

Em 1968, eram ministrados um total de 19 cursos, geograficamente distribuídos pelas cidades de Luanda (onde se encontrava fixada a Reitoria desde 1965), Nova Lisboa (atual província do Huambo e Sá da Bandeira (atual província da Huíla, cuja capital é o Lubango, considerados núcleos universitários. A 5 de julho de 1975, foi conferida autonomia administrativa e pedagógica aos núcleos universitários e a Universidade de Luanda foi desdobrada em Universidade do Huambo e Universidade do Lubango (Mendes, 2013a; Liberato, 2014).

Nos últimos anos do colonialismo, estudavam em universidades aproximadamente 4 mil alunos, dos quais apenas 10% eram angolanos (Neto, 2014). Em 1973/1974 encontravam-se matriculados na Universidade de Luanda 2.354 alunos, ensinados por apenas 274 professores universitários (Liberato, 2014). Com a independência, o número de alunos inscritos diminuiu de forma drástica (aproximadamente 73,4%), o que comprovou que o ensino superior no período colonial se encontrava vedado aos angolanos (Carvalho, 2012).

Após a independência, em 1975, o Ensino Superior passou a pertencer a um dos subsistemas do Sistema de Educação. Em 1976, através da Portaria nº 76-A/76 de 28 de setembro do Ministério da Educação e Cultura (M.E.C.), que tutelava o ensino superior, a Universidade de Luanda, passou a ser denominada de Universidade de Angola – a única instituição de ensino superior – sendo uma universidade pública.

O período pós-independência foi bastante conturbado a todos os níveis e setores, educativo, político, económico e social, devido ao eclodir da Guerra Civil, que só teve fim em 2002. Entre 1977 e 2002, o número de alunos inscritos ao nível do ensino superior aumentou a uma taxa anual média de 10,2% e a partir do acordo de paz em 2002 até 2011, esta taxa triplicou sendo o crescimento médio do número de alunos inscritos cerca de 30,7% (Carvalho, 2012). É precisamente entre 1977 e 2002 que ocorrem as duas grandes reformas no Sistema Educativo angolano, como vimos anteriormente. E a universidade, assume-se como órgão do Estado, inserida no M.E.C., com as respetivas atribuições, de formação, investigação e extensão. No contexto sociopolítico desta altura (pós-independência) a universidade e os seus docentes tinham a responsabilidade de formação de quadros nacionais, para a construção de um País completamente independente (Mendes, 2013a).

Até aos anos 90, o acesso às universidades era muito reduzido e pouco facilitado para a maioria dos cidadãos. Existiam poucas universidades e todas se localizavam em Luanda.

As propinas eram muito elevadas e, por isso, inacessíveis à generalidade dos angolanos (Francisco, 2012).

A partir da década de 90 e com a abertura da economia de mercado em 1991, registou-se uma grande afluência ao ensino superior na busca de qualificações e oferta de emprego (Liberato, 2014).

Em 1992, foi criada a primeira instituição privada de ensino superior em Angola - a Universidade Católica de Angola (U.C.A.N. - através do Decreto nº 38-A/92 de 7 de agosto) e apenas entrou em funcionamento em 1999, ano em que surgiram outras instituições privadas de ensino superior, nomeadamente: a Universidade Jean Piaget de Angola (UniPiaget – Decreto nº 44-A/01 de 6 de Junho), a Universidade Lusíada de Angola (U.L.A. – Decreto nº 42/02 de 20 de agosto), o Instituto Superior Privado de Angola (I.S.P.R.A.) - atual Universidade Privada de Angola (U.P.R.A. - Decreto nº 28/07 de 7 de maio), o Instituto Superior de Relações Internacionais (I.R.I. – Decreto nº 28/02 de 16 de julho) e a Universidade Independente de Angola (UnIA – Decreto nº 11/05 de 11 de abril) (Buza e Alberto, 2012; Mendes, 2013a).

Em 2007, surgiram as seguintes instituições privadas: a Universidade Gregório Semedo (Decreto nº 23/07 de 7 de maio), a Universidade de Belas (Decreto nº 25/07 de 7 de Maio), a Universidade Óscar Ribas (Decreto nº 27/07 de 7 de maio), a Universidade Metodista de Angola (Decreto nº 30/07 de 7 de maio), a Universidade Técnica de Angola (Decreto nº 29/07 de 7 de maio), o Instituto Superior Técnico de Angola (Decreto nº 24/07 de 7 de maio), a Escola Superior Agrária do Cuanza-Sul (Decreto nº 33/07 de 24 de maio), o Instituto Superior de Ciências Sociais e Relações Internacionais (Decreto nº 26/07 de 7 de maio) e a Universidade Privada de Angola (Decreto nº 28/07 de 7 de maio).

Entre 2004 e 2009, verificou-se uma proliferação de novas instituições de ensino superior, pelo que se considera o período de maior expansão e diversificação do ensino superior em Angola, quer a nível privado, quer a nível público – uma vez que em 2009 a Universidade Agostinho Neto (U.A.N.) deu origem a 6 novas universidades públicas, abrangendo todo o território nacional (Mendes, 2013a). Foram, assim, criadas sete regiões académicas (através do Decreto-lei nº 5 de 7 de abril de 2009) para que toda a população tivesse acesso ao ensino superior, descentralizando e desmobilizando a procura das I.E.S. localizadas em Luanda. Esta criação evitou não só a rutura das instituições existentes, como também o não regresso dos estudantes às suas regiões de origem (Liberato, 2014), bem como facilitou a posterior inserção/integração dos novos profissionais (quadros

qualificados) no mercado de trabalho (Elias, 2014) e deu resposta às necessidades socioeconómicas existentes no País.

Em 2014, ocorreu o redimensionamento da Universidade Mandume Ya Ndemofaio (da região académica VII), tendo sido criada uma nova região académica que abrange as províncias de Cuando Cubango e Cunene (região académica VIII) através da fundação da Universidade Cuito Cuanavale (oitava universidade pública), ao abrigo do Decreto Presidencial nº 188/14, de 4 de agosto (Mendes, 2016).

De acordo com as listagens oficiais que constam no “Quadro actual de Legalidade dos Cursos de Graduação ministrados nas Instituições de Ensino Superior (I.E.S.) Públicas e Privadas” (M.E.S., 2015a) verificamos a existência de 26 (I.E.S.) públicas, distribuídas por 8 regiões académicas que cobrem a totalidade do território nacional, e 44 instituições privadas, espalhadas por 6 regiões académicas, como se pode observar no Quadro 20.

Quadro 20. I.E.S. públicas e privadas em Angola, em 2015

Região académica	I.E.S. Públicas	I.E.S. Privadas
I (Luanda e Bengo)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Univ. Agostinho Neto 2. Inst. Sup. de Serviço Social 3. Inst. Superior de Tecnologia de Informação e Comunicação 4. Instituto Superior de Artes 5. Inst. Superior de Educação Física e Desportos 6. Inst. Superior de Ciências de Comunicação 7. Inst. Superior de Ciências da Educação de Luanda 8. Escola Superior Pedagógica do Bengo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Univ. Técnica de Angola 2. Universidade Católica de Angola 3. Univ. Independente de Angola 4. Universidade Lusíada de Angola 5. Universidade Metodista de Angola 6. Universidade Óscar Ribas (UÓR) 7. Universidade Privada de Angola 8. Universidade Jean Piaget de Angola 9. Universidade de Belas 10. Universidade Gregório Semedo 11. I.S.P. de Ciências e Tecnologias 12. I.S.P. Metropolitano de Angola 13. I.S.C. Sociais e Relações Internacionais 14. I.S.C. de Administração e Humanas 15. I.S.P. de Tecnologias e Ciências 16. I.S.P. Internacional de Angola 17. I.S.P. Alvorecer da Juventude 18. Instituto Superior Técnico de Angola 19. I.S.P. do Cazenga 20. I.S.P. Katangoji 21. I.S.P. Kalandula 22. I.S.P. Kangonjo 23. I.S.P. Atlântida 24. Instituto Superior de Angola 25. Inst. Superior Politécnico do Zango 26. I.S.P. Deolinda Rodrigues
Total de docentes nesta região = 4.832		

Fonte: Elaboração própria com base nas listagens oficiais do M.E.S. (2015a) e M.E.S. (2015b).

Legenda: Univ. – Universidade; Inst. – Instituto; Sup. – Superior; I.S.P. – Instituto Superior Politécnico; E.S.P. – Escola Superior Pedagógica; I.S.C. - Instituto Superior de Ciências

Quadro 20. I.E.S. públicas e privadas em Angola, em 2015 (conclusão)

Região académica	I.E.S. Públicas	I.E.S. Privadas
II (Cuanza-Sul e Benguela)	9. Universidade Katyavala Buila 10. I.S.P. do Cuanza Sul 11. Instituto Superior de Petróleos	27. I.S.P. de Porto Amboim 28. E.S. Politécnica de Benguela 29. I.S.P. Lusíada de Benguela 30. I.S.P. Jean Piaget de Benguela 31. I.S.P. de Benguela 32. I.S.P. Maravilha 33. I.S.P. Católico de Benguela
Total de docentes nesta região = 1.301		
III (Cabinda e Zaire)	12. Univ. 11 de Novembro	34. I.S.P. de Cabinda 35. I.S.P. Lusíada de Cabinda
Total de docentes nesta região = 181		
IV (Lunda-Sul e Malanje)	13. Universidade Lueji A'Nkonde 14. E.S.P. de Malanje 15. I.S.P. de Malanje 16. Escola Superior Pedagógica da Lunda Sul	36. I.S.P. Lusíada da Lunda-Sul
Total de docentes nesta região = 218		
V (Huambo e Bié)	17. Univ. José Eduardo dos Santos 18. Instituto Superior de Ciências da Educação do Huambo 19. E.S.P. do Bié	37. I.S.P. Ulemba 38. I.S.P. Lusíada do Huambo 39. I.S.P. Sol Nascente 40. I.S.P. de Humanidades e Tecnologias <i>EKUIKUI I</i>
Total de docentes nesta região = 885		
VI (Huila e Namibe)	20. Universidade Mandume Ya Ndemufayo 21. Inst. Superior de Ciências de Educação da Huila 22. Inst. Superior de Pescas do Namibe	41. I.S.P. Independente da Huila 42. I.S.P. Gregório Semedo 43. I.S.P. da Tundavala 44. I.S.P. Pangeia
Total de docentes nesta região = 732		
VII (Uíge, e Cuanza Norte)	23. Universidade Kimpa Vita 24. E.S.P do Cuanza Norte 25. I.S. de Ciências de Educação do Uíge	
Total de docentes nesta região = 381		
VIII (Cuando Cubango e Cunene)	26. Universidade Cuíto Cuanavale	
Total de docentes nesta região = 130		

Fonte: Elaboração própria com base nas listagens oficiais do M.E.S. (2015a) e M.E.S. (2015b).

Legenda: Univ. – Universidade; Inst. – Instituto; Sup. – Superior; I.S.P. – Instituto Superior Politécnico; E.S.P. – Escola Superior Pedagógica; I.S.C. - Instituto Superior de Ciências

O Quadro 20 permite apurar a grande concentração de oferta formativa na província e capital de Angola, Luanda. Podemos, também, observar que as sete regiões criadas em 2009 foram ampliadas em 2014, com a criação da Universidade Cuíto Cuanavale (através do Decreto Presidencial n.º 188/14, de 4 de agosto), uma nova região que abrange as províncias de Cuando-Cubango e Cunene.

De acordo com todo o exposto, e segundo o Relatório Social de Angola 2013, o subsistema de ensino superior revelou-se, em 2013, *uma das áreas do sector social que*

mais cresceu, fruto do significativo alargamento da oferta pública e privada, verificado e consolidado a partir de 2009 ao nível das 18 províncias, (C.E.I.C./U.C.A.N., 2014a, p. 90). Além do processo de descentralização, o Estado teve como primordial objetivo, aumentar o leque de escolhas e diversificar a oferta formativa, facilitando a posterior inserção profissional de jovens angolanos (novos quadros qualificados) no mercado e ao nível de todas as províncias do país (Elias, 2014).

A frequência e o número de matrículas em instituições de ensino superior (I.E.S.) em Angola sofreu algumas variações desde a sua constituição em 1963, até aos dias de hoje. Tal decorreu principalmente devido à Guerra Civil em que o País mergulhou desde a sua independência em novembro de 1975, até à assinatura do Acordo de Paz em abril de 2002. Em 1964, o número de alunos matriculados no ensino superior rondava os 531, cinco anos após, este número mais que triplicou passando para 1.784, e um ano antes da proclamação da independência, ou seja, em 1974, existiam 4.176 estudantes matriculados em instituições de ensino superior. Em 1977, após o eclodir da luta armada, o número de alunos matriculados sofreu um decréscimo muito acentuado rondando os 1.109. Após ter sido assinado o Acordo de Paz em 2002 este número elevou-se ao longo dos anos totalizando em 2011 os 140.016 alunos (Carvalho, 2012 - Quadro 21).

Quadro 21. Número de matrículas no ensino superior angolano entre 2009 e 2015

Ano	I.E.S. Públicas	I.E.S. Privadas	Total Matrículas	
			(Nº)	(%)
2009	48,380	50,397	98,777	+ 12,3%
2011	67,183	72,833	140,016	+ 30,8%
2013	86,918	131,760	218,678	+ 31,4%
2015	99,182	121,855	221,037	+ 31,6%
Média do crescimento global = 18%				

Fonte: Elaboração própria com base em Carvalho (2012), C.E.I.C./U.C.A.N. (2014a) e M.E.S. (2015b).

Verificamos que o número de alunos inscritos no ensino superior privado é desde 2009 mais elevado do que nas instituições públicas. Após o crescimento de 30,8% em 2011 ocorreu uma estabilização em 2013.

Em 2015, houve uma diminuição de matrículas no ensino superior privado (M.E.S., 2015b), motivada pela conjuntura de crise económica que o país atravessa devido à queda do preço do petróleo (Serra *et al.*, 2015).

Segundo Carvalho (2012) a Universidade Agostinho Neto (U.A.N.) foi entre 2009 e 2011 a I.E.S. pública com maior número de matrículas (14,7% do total de inscritos) e ao

nível das I.E.S. privadas a mais frequentada foi a Universidade Jean Piaget de Angola, seguida da Universidade Técnica de Angola.

A proliferação de instituições de ensino superior e o aumento de pedidos para a criação de cursos, no período compreendido entre 2004 e 2009, veio a materializar e intensificar o caráter comercial de algumas instituições privadas, que exigem propinas acima dos valores fixados, abrem novos cursos, aumentam o número de vagas e turmas, sem autorização do órgão de tutela. O Ensino Superior angolano é, aliás, conhecido como um "mercado lucrativo" e fora do controlo do M.E.D. e do Estado em geral (S.E.E.S., 2005).

Por isso, foi criada a Direção Nacional de Ensino Superior, em 2004 e posteriormente, em 2007 a Secretaria de Estado para o Ensino Superior (S.E.E.S.), com estatuto de Ministério (Buza e Alberto, 2012). Esta secretaria permitiu que, com urgência e num curto espaço de tempo, fossem implementadas as Linhas Mestras para a melhoria da gestão do ensino superior, concebidas por uma equipa multidisciplinar de especialistas de alto nível (Sánchez, e Iañez, 2013). A S.E.E.S. vigorou de 2007 a 2010, quando foi criado o Ministério do Ensino Superior e da Ciência e Tecnologia (M.E.S.C.T.), fruto da fusão da S.E.E.S. e do M.E.C. (Ministério da Ciência e Tecnologia - Silva e Mendes, 2011a). A questão da avaliação institucional será retomada posteriormente.

O executivo angolano criou em 2012 o Ministério do Ensino Superior (M.E.S.), com o objetivo de *propor e implementar as políticas do Executivo para o desenvolvimento do Subsistema de Ensino Superior e proceder ao planeamento, orientação, coordenação, supervisão e ao controlo da sua execução* (Diário da República de Angola, 2012, p. 5957). O Ministério do Ensino Superior tem, deste modo, por incumbência *propor e formular, a condução, a execução e o controle da política do executivo nos domínios do Subsistema do Ensino Superior* (Sánchez, e Iañez, 2013, p. 4).

Em termos de gestão e financiamento das instituições de ensino superior (I.E.S.), podemos afirmar que o Estado desempenha um papel ativo sobre a criação, financiamento e desenvolvimento das instituições de natureza pública. *O Estado assegura o financiamento das instituições de ensino superior públicas para o desenvolvimento das actividades nos domínios do ensino, investigação científica e prestação de serviços à comunidade* conforme o disposto no artigo 98º Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro. O mesmo documento no artigo 7º, refere que as I.E.S. públicas possuem autonomia no que respeita aos *domínios científico, pedagógico, cultural, disciplinar, administrativo e*

financeiro nos termos das Normas Gerais Reguladoras do Subsistema do Ensino Superior (N.G.R.S.E.S.) aprovadas pelo decreto supracitado.

Numa perspetiva relacional entre território e poder, Eduardo (2006) destaca o pensamento de Ratzel (nas suas obras de Geografia Política) que enfatiza esta soberania do Estado-Nação, como uma questão do poder imbrincado no sistema territorial e vinculada ao aparelho estatal, ou seja, o território é necessário para o alcance dos objetivos políticos, sob monopólio estatal.

Quanto às I.E.S. de natureza público-privada, o Estado tem um papel participativo com a entidade promotora, na criação e gestão de projetos, podendo assegurar na íntegra ou parcelarmente o seu financiamento (Elias, 2014).

No caso das instituições privadas, a gestão financeira é integralmente privada. Não obstante, o Estado pode financiar o seu funcionamento nos limites das disponibilidades orçamentais e se for do interesse do Estado (artigo 98º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro). Estas instituições apesar de serem promovidas por iniciativas de direito privado (tanto individuais como coletivas) é o Estado que permite a sua criação, licenciamento e extinção, através do órgão de tutela, o M.E.S.C.T..

No que concerne às despesas públicas com o ensino superior em Angola, tal como verificado anteriormente, este é o subsistema para o qual são disponibilizadas mais verbas, e aquele em que há uma maior dotação orçamental *per capita*, por albergar um menor número de alunos matriculados, em relação aos restantes níveis de ensino.

No que concerne à gestão e funcionamento das I.E.S. iremos basear-nos nas Linhas Mestras para a melhoria da gestão do ensino superior (S.E.E.S., 2005). Este documento representa um esforço do Governo na melhoria da gestão do Subsistema do Ensino Superior e estabelece um conjunto de reflexões que permitem a sua análise e a projeção de seis aspetos a serem melhorados. Neles, se aponta a situação mencionada anteriormente, que se prende com a criação/abertura de novas I.E.S., e de novos cursos no seio destas, sem condições de funcionamento, sem a autorização do órgão de tutela, sem respeito pelas normas reguladoras, sem quantidade e qualidade (número de Mestres e Doutores) do corpo docente e discente. Estes aspetos são considerados pontos de estrangulamento ou constrangimentos em seis domínios (S.E.E.S., 2005):

1. Conceção – que se baseia e na *concepção errada e diante da elevada procura de estudos superiores, são, por vezes, apresentadas respostas precipitadas, ilusórias e inadequadas de abertura de novos cursos e de novas instituições de ensino, sem a garantia de serviços de qualidade;*

2. Gestão – prende-se com o respeito pelas normas reguladoras e respetivo órgão de tutela, sem que haja mal interpretação do conceito de autonomia;
3. Financiamento – todas as instituições deveriam informar *sobre as fontes e a natureza dos financiamentos bem como o movimento dos valores financeiros à disposição de cada instituição de ensino não deveriam escapar ao controlo das estruturas do Estado, nomeadamente o MED, enquanto órgão de tutela, o MINFIN e o MINPLAN*;
4. *Curricula* – tem a ver com a criação de novos cursos e abertura de novas turmas, cujos *curricula* em vigor não cumprem com o currículo aprovado, procedendo-se a alterações sem a devida autorização e requerida homologação por parte do órgão de tutela, ainda que a instituição seja legalmente constituída; estes aspetos encontram-se regulados/salvaguardados pelos artigos 88º, 90º e 92º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro;
5. Docentes – muitos dos professores em exercício nas I.E.S. não possuem o perfil adequado ou a preparação pedagógica; em muitos casos prestam serviço em duas ou três instituições²⁷, o que se reflete na qualidade da lecionação e do acompanhamento dos alunos; um professor com vínculo efetivo está inibido de o fazer sem autorização do titular do órgão executivo da instituição a que pertence; por lei, essa instituição deve conter no seu quadro docente entre 40 a 60% de docentes efetivos e, tratando-se de uma universidade, o ensino deve ser assegurado maioritariamente por mestres e doutores (artigo 94º e artigo 96º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro);
6. Discentes – o número de alunos a frequentar o ensino superior é ainda reduzido para as necessidades de quadros qualificados que o País apresenta; este aspeto pode ser devido às condições sociais precárias de muitos cidadãos, que por motivos financeiros não estudam ou abandonam os estudos, por não conseguirem suportar as despesas em livros, alojamento, alimentação e transporte; salienta-se, também, a inadequação do perfil de entrada exigido nos cursos, bem como a falta de correspondência entre o perfil de saída e as expetativas do mercado de trabalho.

Todos estes constrangimentos (pontos de estrangulamento) tornaram necessário e primordial o exercício de estruturas ou a execução de sistemas capazes de realizar a avaliação das instituições de ensino superior, por forma a garantir a sua máxima eficiência

²⁷ Pelo que, a reivindicação do aumento salarial tem alguma sustentabilidade, porquanto, os salários dos professores com categoria mais elevada, correspondem aos que são aplicados para técnicos em início de carreira, em alguns sectores empresariais, sejam estes estatais ou privados. É o caso das empresas petrolíferas e diamantíferas, sendo o corpo docente frequentemente apontado como alvo fácil da corrupção (S.E.E.S., 2005, p. 16).

e qualidade, fazendo cumprir as Normas Gerais Reguladoras do Subsistema do Ensino Superior (Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro). A relevância da avaliação das I.E.S. foi, também, salientada pelo Presidente da República de Angola na cerimónia de tomada de posse do Governo, a 3 outubro de 2009, vindo a fazer parte da sua agenda política.

Porém, a preocupação com a avaliação das instituições de ensino superior e o impacto positivo desta, na gestão, funcionamento e controlo das mesmas, não é recente, *a institucionalização de um sistema de avaliação foi considerada premente em 1996, na medida em que poderia impulsionar a melhoria da qualidade da universidade a partir do conhecimento da realidade concreta* (Silva e Mendes, 2011b, p. 94).

O Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro define critérios para a organização e funcionamento das I.E.S., e enuncia princípios específicos do subsistema de ensino superior, sem prejuízo dos princípios enunciados na Lei de Bases do Sistema de Educação (Lei nº 13/01), tais como: papel reitor do Estado, autonomia das instituições de ensino superior; liberdade académica; gestão democrática; qualidade de serviços e equilíbrio da rede de instituições de ensino superior (art.5º do Decreto nº 90/09).

Este decreto também estabelece as normas do sistema de avaliação das instituições de ensino superior, conforme o disposto no artigo 99º: *avaliação é um processo que visa aferir a qualidade do desempenho e dos resultados alcançados pelas instituições de ensino superior nos domínios do ensino, investigação científica e prestação de serviços à comunidade*. O referido artigo menciona, ainda, que a submissão das I.E.S. à avaliação é uma obrigatoriedade, pelo que devem acautelar-se para cumprir as recomendações e determinações dispostas no referido decreto.

É concedido a todas as I.E.S. um prazo de dois anos para a adequação às normas dispostas no Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro, sendo ainda necessária a elaboração de um plano no prazo de 120 dias e ratificado pelo órgão de tutela, no qual deve ser manifesto o interesse da entidade promotora, em preservar ou não, a categoria atual da instituição de ensino (art.103º).

Em caso de incumprimento ou irregularidades graves, são previstas sanções do tipo, multas (art.104º) e/ou encerramento compulsivo (art.105º), como por exemplo devido a: funcionamento em condições de grave degradação institucional ou pedagógica; avaliação institucional negativa; não preenchimento dos requisitos necessários ao seu normal funcionamento.

A avaliação das instituições de ensino superior configura-se, através do artigo 100º do Decreto nº 90/09, sob duas formas de avaliação, interna e externa. A avaliação interna

possui caráter obrigatório e é realizada pelos órgãos da instituição, que tem como objetivo verificar/avaliar:

a) os graus de implementação do plano de desenvolvimento da instituição, dos planos e programas curriculares dos cursos criados;

b) o nível de execução das atividades constantes do plano anual;

c) o desempenho dos órgãos de administração e gestão da instituição, do funcionamento das suas unidades orgânicas, gestão dos recursos humanos, materiais e financeiros;

d) a promoção da frequência escolar, dos resultados, da aprendizagem e da qualidade do ensino ministrado em função dos meios disponíveis.

O relatório desta avaliação e os seus resultados devem ser comunicados ao órgão de tutela.

Quanto à avaliação externa ela é desenvolvida por especialistas do órgão de tutela (o M.E.S.C.T.) ou por uma entidade por si contratada para o efeito. A avaliação externa objetiva aferir a conformidade das atuações pedagógicas, de administração e gestão, da eficiência e eficácia dos mesmos, em respeito das normas orientadoras da tutela. O relatório e os resultados decorrentes desta avaliação devem ser comunicados à instituição avaliada.

A implementação de um sistema de avaliação das instituições de ensino superior em Angola emergiu como consequência da liberalização e criação de I.E.S. privadas, que acarretou um aumento fugaz do número de instituições, de cursos e de alunos matriculados neste subsistema de ensino.

Constata-se que o Estado assume a responsabilidade de definir e orientar a execução da política nacional para o ensino superior (art.12º do Decreto nº 90/09) e este papel reitor na gestão do subsistema do ensino superior, estende-se à avaliação institucional, o que traduz um aumento do poder estatal na regulação do ensino superior e da interferência na gestão da avaliação (Mendes e Silva, 2011).

Através da leitura e análise do artigo 12º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro, podemos verificar que são as vastas atribuições do Governo no domínio do ensino superior, destacando-se o nomear e empossar os titulares dos órgãos de gestão das universidades e academias públicas, sob proposta do titular do órgão de tutela, com base nos três candidatos eleitos pelas assembleias das respetivas instituições, e suspender e exonerar os titulares dos órgãos de gestão das universidades e academias públicas, sob proposta do titular do órgão de tutela, nos termos do presente diploma. E, ainda, a título excepcional, o Governo pode

nomear e empossar titulares dos órgãos de gestão das universidades e academias públicas, fora do que mencionámos antes.

Como podemos confirmar, o Estado assume um papel interventivo na gestão e regulação das I.E.S., pois o subsistema de ensino superior possui objetivos importantes para a construção, dinamização e desenvolvimento de uma sociedade mais informada e culturalmente evoluída, capaz de exercer reflexão crítica, participativa e produtiva. Elevando a qualificação dos seus quadros, empoderando os seus cidadãos, tornando Angola um País mais desenvolvido, uma sociedade mais moderna e economicamente competitiva.

Outro aspeto que patenteia a intervenção Estatal no subsistema de ensino superior encontra-se no artigo 25º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro, que estipula as suas normas reguladoras: *as instituições de ensino superior devem reservar 5% de vagas disponíveis no plano de admissão de cada curso, em cada ano académico, para candidatos a serem indicados pelo órgão de tutela, no âmbito de compromissos internacionais assumidos pelo Governo, em condições a estabelecer em diploma próprio.*

Acreditamos que a sustentabilidade do subsistema do ensino superior, deverá passar por: melhorar a qualidade do ensino, a qual supõe uma avaliação para se detetar necessidades e insuficiências, podendo traçar meios com o fim de as ultrapassar, avaliação (interna e externa) que deve incluir o corpo docente e discente; integrar o ensino superior na estratégia global de reconstrução e desenvolvimento do País, adequando perfis de entrada e saída, colmatando necessidades socioeconómicas que se revelem atuais; associar a formação cívica, moral e patriótica com a formação académica e técnico-profissional, que constitui um empoderamento dos cidadãos para o exercício pleno da sua autonomia e cidadania.

Ora, para a formação de qualidade e a boa qualidade da formação e promoção do desenvolvimento integral de qualquer sociedade, na sua base estão os professores. Os mais famosos dirigentes e os mais imponentes gestores, tiveram, em princípio, na sua base formativa um corpo docente de qualidade e motivador. Partindo deste aspeto fundamental, é nossa intenção abordar a importância desta profissão e todas as dimensões que lhe estão inerentes: trabalho, saúde e sofrimento.

4.4. Trabalho, saúde e sofrimento de professores universitários em Luanda

Neste *item* apresenta-se uma caracterização do trabalho docente, aprofundando em que consiste o trabalho do professor universitário com enfoque na evolução da sua

atividade, contextualizada, em Luanda. Faremos uma reflexão daquilo que consideramos ser o papel do professor universitário à luz de alguns teóricos da educação, como Freire e Delors, destacando a nossa concordância com essas posturas. Será feita uma pequena referência ao Estatuto da Carreira Docente em Angola. E, para finalizar, serão, ainda, escrutinados os processos de saúde/adoecimento e prazer/sofrimento associados ao desempenho da atividade docente.

Pretendemos caracterizar o trabalho docente, pois este, é o trabalho do professor universitário. No I Capítulo, foi realizada a definição e caracterização geral do trabalho, à luz da psicodinâmica do trabalho - um dos modelos teóricos que suportam a presente investigação. Este modelo sustenta a centralidade do trabalho na vida, e construção da identidade humana, pelo que, antes de caracterizar o trabalho docente, ou o trabalho do professor universitário, não devemos esquecer as transformações ocorridas no mundo do trabalho, tais como: novas formas de organização decorrentes da crise económica mundial, como a expropriação do trabalhador, que deixou de controlar o processo produtivo, devido aos novos modelos de gestão ou gerenciamento; introdução das novas tecnologias de informação e comunicação (T.I.C.), fenómeno da mundialização ou globalização, que trouxe inclusive novas modalidades educativas, como o ensino a distância (Silva, 2009; Vilela, 2010; Leite, 2014).

As transformações que ocorreram no mundo do trabalho desencadearam mudanças sociais e tecnológicas que exigem a adaptação de todas as realidades de trabalho. Os professores universitários não são exceção. Verifica-se que a par da intensificação da economia foi intensificado o trabalho dos professores, uma vez que laboram em instituições que assumem as suposições ditadas pela economia de mercado. A este respeito, Chauí (2003, p. 8 e 9) destaca que as universidades são perspetivadas como sociedades de conhecimento²⁸, em que a produção científica ocorre a tal velocidade que se traduz em explosão de conhecimento, deixando de ser consideradas instituições sociais para serem percebidas como organizações, regidas por contratos de gestão e avaliadas mediante índices de produção.

Neste cenário, a educação, que deveria ser concebida como um direito (patente no art.79º da Constituição de Angola datada de 2010), na realidade passa a ser um serviço privatizado, transforma-se em mercadoria, sendo o conhecimento a moeda de troca (Perez, 2012). A essência da universidade também se altera, torna-se uma empresa, uma

²⁸ Para aprofundar este conceito, sugerimos a leitura de: Bernheim, C. e Chauí, M. (2008). *Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior*. Brasília: UNESCO.

organização, despe-se da sua missão de prestar um serviço educacional, para ter no seu âmago o lucro como objetivo (Nogueira e Oliveira, 2015).

Esta realidade observa-se em Angola, onde na última década se assistiu à proliferação de universidades privadas. Muitos dos promotores que financiam as I.E.S. privadas, vêm no ensino superior uma fonte de receita, olham a universidade do ponto de vista do lucro e não sob o ponto de vista educativo, pelo que é comum ouvir-se que para certos promotores a universidade é a sua “fábrica de fazer dinheiro”. Estes aspetos, tal como já mencionámos, traduzem-se no aumento do número de vagas, de cursos e turmas sem autorização do órgão de tutela (Buza e Alberto, 2012). Recentemente, Katúmua (2015) refere que os promotores das I.E.S. privadas atuam sem investimento estatal e são fortemente orientados para a obtenção de lucro e retorno dos seus investimentos.

Por outro lado, a expansão das I.E.S. privadas aumentam o emprego da força de trabalho e procuram satisfazer a procura, pois a maioria da população não consegue acesso às instituições de ensino superior públicas²⁹ na sua área de residência. Contudo, a associação entre inacessibilidade e condições de vida (fracos recursos económicos), levam a um desinvestimento na formação e qualificação académica e profissional, o que favorece o ciclo ou manutenção da situação de pobreza. Na realidade, os candidatos que não conseguem ingressar em I.E.S. públicas usufruem de ampla oferta nas I.E.S. privadas. Todavia, muitos veem-se impedidos de prosseguir os estudos de nível superior por falta de recursos económicos, uma vez que a frequência do ensino superior privado supõe o pagamento de propinas, cujo valor médio para a maioria das instituições, ronda os 200/300 U.S.D. (Simões *et al.*, 2016).

As alterações decorrentes do processo de trabalho, afetam o ser humano na sua totalidade, o que constitui um desafio e uma exigência de formação contínua, de aprimoramento de competências científico-pedagógicas e melhoria do desempenho dos docentes, em geral, e dos professores universitários, em particular, dada a importância das componentes de extensão universitária associadas à produção científica. Este último aspeto é parte fundamental do trabalho do professor universitário, que é um trabalho intelectual, de pesquisa, de produção de conhecimentos, que podem e devem ser difundidos ou divulgados sob a forma de artigos em periódicos, revistas ou livros (Vilela, 2010; Cassandre, 2011; Mann, 2012; Silva e Mafra, 2014).

²⁹ Segundo o Boletim Estatístico do Ministério do Ensino Superior, em 2014, as instituições de ensino superior públicas, admitiram apenas 32% dos candidatos. Destacamos ainda que a oferta ainda não satisfaz a procura uma vez que a taxa de recusados atingiu os 57% (M.E.S., 2014).

Na atualidade, o trabalho do professor universitário é árduo (labora a um ritmo acelerado de intensa concentração e com volume excessivo de trabalho) e de grande responsabilidade, pois insere-se num setor produtivo altamente competitivo e em permanente mudança (Delcor *et al.*, 2004; Villibor *et al.*, 2015).

Mendes (2016) descreve a realidade vivenciada pelo professor universitário no Brasil, a qual se constata também em Angola: a jornada de trabalho pode abranger três turnos (manhã, tarde e noite), as turmas são cada vez maiores, as pausas são diminutas e permitem apenas refeições rápidas; as condições de trabalho deixam muito a desejar, a maioria das salas são pequenas para o número excessivo de alunos, há falta de iluminação e climatização adequadas e elevado ruído provindo do exterior das salas e da universidade, dos próprios aparelhos de A.C. (ar condicionado, antiquados e sem manutenção apropriada) e ainda, ruído do funcionamento dos geradores de energia elétrica, nas turmas do turno da noite.

O mesmo ocorre se quisermos descrever o perfil profissional do professor universitário. Muitos profissionais assumem atividades de docência em mais de uma instituição de ensino superior, a fim de completarem/incrementarem o seu salário, e outros tantos não fazem da docência a sua atividade profissional principal (por vezes nem se consideram sequer professores). Estes são chamados de colaboradores ou em regime parcial em Angola, ou seja, o trabalho/salário do professor universitário é reduzido a hora-aula (Chauí, 2003; Silva, 2004; Cunha, 2005; Léda, 2006; Amorim, 2009; Siqueira, 2009; Gonçalves, 2010; Lima, 2012; Santos *et al.*, 2014). Esta é, aliás, uma estratégia organizacional, de precarização e flexibilização do trabalho, que objetiva a redução de custos (Silva e Mafra, 2014). Trata-se de reproduzir (valores intrínsecos ao capitalismo) no contexto educacional ou universitário, o que ocorre no mercado de trabalho (Amorim, 2009).

Os regimes de trabalho em Angola podem ser: a tempo parcial ou integral. No primeiro caso, o professor trabalha como colaborador e exerce apenas atividades de docência não podendo exercer cargos de gestão, e o seu salário é de hora-aula. No caso do regime a tempo integral é exigido ao professor três características que se fundamentam no contexto da universidade: o ensino, a pesquisa e atividades de extensão universitária (Mann, 2012; Nogueira e Oliveira, 2015), além de poder acumular o exercício de cargos de gestão, tal como o disposto no artigo 44º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro. No entanto, a legislação não é clara quanto à autorização da colaboração de docentes efetivos, para com outra instituição que não aquela a que estão vinculados, uma vez que no artigo

96º (regula o vínculo do corpo docente) do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro, pode ler-se: 2. *É permitida a colaboração da função docente numa outra instituição de ensino superior, desde que autorizado pelo titular do órgão executivo da instituição onde o docente é efectivo.*; 3. *É vedada ao docente a colaboração em mais de uma instituição de ensino ou de outra natureza, para além da instituição onde é efectivo.*

Ainda, quanto à natureza do vínculo ou regime³⁰ de trabalho dos professores universitários das instituições de ensino superior, deve ser composto no mínimo por 40-60% de professores em regime de tempo integral (art.96º do Decreto nº 90/09). Ao nível da revisão de literatura, de toda a pesquisa e análise documental efetuada, apenas se verificou a disponibilização de uma fonte de informação sobre a distribuição dos professores universitários segundo o vínculo laboral. Somente Teta (2009, p. 33) relata que *um pouco mais de 60% dos docentes estão em tempo integral*, o que revela o cumprimento da legislação.

Todos os aspetos supracitados traduzem a precaridade das condições de trabalho e a instabilidade da contratação de professores, em regimes ou contratos de trabalho temporários, que não vinculam o profissional à instituição (Léda, 2006; Mancebo, 2007; Carvalho, 2010; Anselmo, 2011; Santos *et al.*, 2014).

Acreditamos que esta realidade pode interferir na qualidade das relações socioprofissionais (com chefias, com colegas ou pares e com os alunos) além de poder acarretar ou permitir o desenvolvimento de processos de adoecimento. Um contrato horista (em regime parcial) significa que o número de tarefas extra-aula não é contemplado no seu salário. Intensificou-se o trabalho, aumentou o número de tarefas e exigências (preenchimento de fichas, relatórios, livros de ponto, controlo de alunos, orientações de monografias e pesquisas), sem mencionar as cobranças da organização por máxima produtividade, eficiência, competência e qualificação (Carvalho, 2010; Silva e Mafra, 2014).

Estes aspetos são analisados por vários autores angolanos, Silva (2004, p. 302), Tomás (2010, p.95), Manuel (2013, p. 339) e M. Mendes (2013, p. 37) que observam a atuação do professor universitário no quadro geral do ensino superior em Angola. Este é caracterizado por aquilo que apelidam de turbo-docência ou professores garimpeiros, ou seja, a necessidade de exercer atividade em duas ou mais I.E.S., múltiplas tarefas e

³⁰ O regime de prestação de serviços dos professores universitários em Angola é regulado pelo Estatuto da Carreira Docente em vigor, disposto no artigo 25º do Decreto nº 3/95 de 24 de março (Diário da República, 1995).

exigências, a precarização do seu trabalho fundamentalmente devido a um baixo salário e a fracas condições de trabalho.

Conclui-se que o professor não é apenas responsável pela sala de aula, pela transmissão de conhecimentos, pelo desenvolvimento de pesquisa, mas é ainda pressionado pela universidade e pelas chefias, no preenchimento de relatórios e de formulários, na emissão de pareceres, na captação de recursos para viabilizar o seu trabalho e até o bom funcionamento da universidade (Mancebo, 2007; Maués, 2009).

No final de todas as exigências, o professor vai para casa, mas a sua jornada de trabalho ainda não terminou. Tem de preparar aulas, realizar e corrigir provas ou trabalhos dos alunos. Dada a quantidade de tarefas e responsabilidades, o professor não consegue separar o tempo de trabalho, do tempo de descanso, ocorrendo uma evasão sobre o tempo do não-trabalho, em casa, juntos dos seus outros afazeres não profissionais, mas do seu mundo pessoal (Lopes, 2006; Siqueira, 2009; Anselmo, 2011; Santos *et al.*, 2014). Dejours (2001, 2009) indica que na esfera psíquica não há distinção entre o trabalho e o tempo do não trabalho. O trabalhador que não é reconhecido e não se sente realizado leva para casa esse sentimento. Busca na esfera íntima, no amor, na conjugalidade (campo erótico), a possibilidade de estruturação psíquica e saúde mental.

Verificamos que a intensificação ou sobrecarga de trabalho retira aos professores tempo para a preparação de aulas, para a correção de trabalhos, para a pesquisa ou investigação ou para o investimento na sua formação pessoal.

A convicção e o reconhecimento de que a educação superior constitui uma estratégia de desenvolvimento económico é global, sendo esta uma das exigências da modernidade (C. Neves, 2007; Silva, 2009), que obtenha cada vez mais e mais conhecimentos (ao licenciado é exigido que realize mestrado e a estes que prossigam até ao doutoramento). Esta é, aliás, uma política extensível a toda a população. Em Angola, verifica-se que o aumento da escolarização favorece a inserção no mercado de trabalho (Morales *et al.*, 2008) e a possibilidade de exercer uma profissão útil à sociedade. Silva (2008 e 2009) assinala a importância da educação comunitária, bem como o papel das Ciências da Educação em Angola para o alcance do desenvolvimento social através da educação. Nesta mesma linha de pensamento, Buza *et al.*, (2008) apelam ao papel do professor na educação para a sustentabilidade³¹, capaz de transformar o sujeito, e através dele, o alcance de um

³¹ A Resolução das Nações Unidas n.º 57/254 instituiu 2005-2014 como a Década da Educação para o Desenvolvimento Sustentável (D.E.D.S.) por iniciativa da U.N.E.S.C.O.. Este documento refere que a educação por si só provavelmente não teria a capacidade de desenvolver e inculcar valores fundamentais, tais como: o respeito pela dignidade e pelos direitos humanos, o compromisso com a justiça social e económica para todos, a proteção e restauração dos ecossistemas da Terra, o respeito pela diversidade cultural, e a criação de

mundo melhor. A educação para o desenvolvimento sustentável permite a aquisição de competências, conhecimentos e valores que contribuem para a criação de sociedades resilientes, saudáveis e sustentáveis, fundadas em valores de justiça, democracia, equidade, coesão social, tolerância e responsabilidade, diminuindo a pobreza e elevando o bem-estar humano (Mendes, 2011).

A intensificação e a precarização do trabalho dos professores universitários dá origem a sentimentos de desvalia, desinteresse profissional e, ainda, motiva o aparecimento de algumas doenças, que denotam o sofrimento psíquico (como a depressão, a angústia e o *burnout*) e o sofrimento físico (perda de voz, dores de cabeça, dores nas costas e nas pernas, úlceras gástricas e hipertensão). Pode também chegar a distúrbios neurológicos (como esquecimento e troca de palavras), a enxaqueca, a insónia e o *stress* (Mendes, 2006; Maués, 2006 e 2009; Morales *et al.*, 2008; Lima e Lima-Filho, 2009; Leite, 2014) e ao desejo do abandono emocional ou real da profissão, a pedidos de licença médica e a outras desculpas que permitem enfrentar o ritmo e o volume de trabalho provisoriamente ou ao desejo da aposentação (Carlotto, 2002; Morales *et al.*, 2008; Siqueira, 2009; Lima, 2012; Júnior, 2014; Silva e Mafra, 2014).

Dois investigadores australianos, Pipers e Fogarty (1995) avaliaram o *stress* e tensão ocupacional em diversos profissionais e concluíram que os professores detinham os resultados mais elevados. *A longa duração do estresse laboral leva ao Burnout com total perda da capacidade laboral* (Carlotto, 2003, p. 14). Torna-se um desafio do mundo atual na área da saúde ocupacional a prevenção do *stress* no trabalho.

O trabalho de um professor universitário não se restringe ao exercício da sua função em sala de aula, exige atualização e preparação constantes, de aulas, realização de provas, orientação de alunos, participação em diversas reuniões e atividades burocráticas ou exigências institucionais, que despersonalizam a atividade docente e levam à extensão da jornada de trabalho (Garcia e Benevides-Pereira, 2003). Tal fato acarreta inevitavelmente implicações para a saúde e leva os professores a experienciarem situações paradoxais de bem-estar/prazer e sofrimento no trabalho (Freitas, 2005; Lopes, 2006; Gradella Jr., 2010; Vilela, 2010). As vivências de sofrimento surgem relacionadas com a precarização das condições e relações de trabalho. As vivências de prazer e bem-estar são possibilitadas pela

uma cultura da tolerância e da não-violência. Estes valores refletem a preocupação com uma educação que permite favorecer ou melhorar as relações entre pessoas e entre pessoas e o seu meio ambiente, tratando questões de ordem sociocultural e económica. Verifica-se que o elemento humano é considerado a peça fundamental para o alcance do desenvolvimento (U.N.E.S.C.O., 2005, p. 42).

produção de conhecimento, pelas relações afetivas e reconhecimento profissional, o que proporciona sentimentos de realização, de liberdade (Mendes, 2007).

As pressões socioeconômicas do mundo do trabalho exigem das universidades uma contribuição ativa na competitividade da economia, vendo-se obrigadas a comercializar produtos (investigações), a prestar serviços e a formar profissionais empreendedores. A universidade vê-se transformada em mais uma organização de mercado.

Neste contexto, redimensiona-se a noção de qualidade para uma lógica de competição baseada no mérito e competência. Também, a eficiência e a produtividade são objetivadas em índices de produção de artigos, orientações de projeto e captação de novos recursos, o que fomenta a competitividade entre professores, minando o relacionamento interpessoal, além de intensificar a carga de trabalho (Coutinho *et al.*, 2011).

Muitas vezes não há *condições de trabalho e de salário adequadas* (Morales *et al.*, 2008, p. 56), como é o caso dos professores e investigadores que leccionam em espaços rurais em Angola, que vêm o seu trabalho dificultado pela escassez ou inexistência de manuais e dificuldades no uso da língua (Fátima, 2008).

Se olharmos para a evolução do papel do professor na sociedade angolana, rapidamente compreendemos a importância do contexto sociopolítico no e para o seu desempenho. Antes da independência, o professor era um guardião dos interesses do regime/Estado, importando a promoção e difusão da cultura colonial. Com a independência, ocorreu uma saída massiva de professores, dando origem a uma insuficiência de quadros para a formação. Esta situação é ainda agravada pela instabilidade da guerra civil (1975-2002). Só com a instalação da paz, o país pôde entrar numa fase próspera, em que os objetivos eram de consolidação da paz e da união nacional, de reconstruir infraestruturas e reabilitar os diversos setores. Evidenciou-se, assim, a importância da atuação do professor, particularmente de nível universitário cujo impacto é positivo e facilitador do processo de desenvolvimento social, de promoção do capital humano, de aumento da empregabilidade, da qualificação de quadros nacionais de qualidade para exercer o reforço das empresas, estímulo à produção de riqueza e melhoria da qualidade de vida (Simões *et al.*, 2016).

Na atualidade, a principal tarefa dos professores universitários em Angola é a formação de quadros de qualidade que o país necessita, para impulsionar a economia nacional. Deste modo, e segundo Patatas (2016), é exigido ao professor universitário:

- Elevada qualificação ou grau académico/titulação;

- Competências (sociais, culturais e profissionais) diversas, capazes de promover no aluno o desenvolvimento da consciência crítica (Freire, 1970), motivá-lo para o seu próprio crescimento, tornando-o ativo, participativo e comprometido com o desenvolvimento comunitário local e, ainda, preparar o aluno para o mercado de trabalho;

- Sólida preparação científica capaz de promover o desenvolvimento do país, através da realização de investigação científica e divulgação dos resultados obtidos;

- Participação (ou presença) em debates, palestras e conferências no sentido de facilitar o intercâmbio de informações, bem como favorecer o enriquecimento de competências profissionais entre colegas;

- Atualização constante e formação contínua para o aprimoramento do conhecimento científico e pedagógico.

O subsistema de ensino superior colocou em 2015, à disposição no mercado de trabalho 12.395 licenciados em diversas áreas do saber, destacando-se com 43% as Ciências Humanas, Sociais, Artes e Letras e com 32% as Ciências da Educação. Destes novos profissionais, 52% são graduados em I.E.S. privadas e 48% em I.E.S. públicas.

Neste contexto, a educação pode ser considerada uma estratégia política com vista ao desenvolvimento económico, passando, primeiro, pelo empoderamento dos indivíduos, “peças” fundamentais para a participação e cidadania ativa, promovendo o crescimento do país e da economia moderna (C. Neves, 2007; Maués, 2009; Moreira e Farias, 2009). Deste modo, o professor universitário, mais do que um produtor³² de tecnologia e conhecimento científico (Mancebo, 2007) deve contribuir com o seu saber científico, pedagógico, tecnológico, cultural, político, para a formação e preparação de profissionais capazes de contribuir e impulsionar o desenvolvimento do país.

A figura do professor é determinante na formação de atitudes do aluno face ao seu próprio empenho e desenvolvimento pessoal e perante o estudo. Tal como Delors (1998, p. 152) defendeu, o professor *deve despertar a curiosidade, desenvolver a autonomia, estimular o rigor intelectual e criar as condições necessárias para o sucesso da educação formal e da educação permanente*. Este autor defende que a educação deve contribuir para o desenvolvimento integral do sujeito e que se perspetiva ao longo da vida. Observa o ato de ensinar/aprender como uma atividade (holística) que abrange ou afeta o ser humano

³² A eficiência e produtividade de um professor universitário é ‘medida’ ou efetivada enquanto produtor de tecnologia e conhecimento científico (Mancebo, 2007) este é também o mecanismo pelo qual é determinada a sua posição na carreira e categoria atribuída na instituição onde labora.

como um todo, corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade.

Neste sentido e alinhados com as ideias de Freire (1979, p. 17) defendemos que a educação *deve ser desinibidora e não restritiva*, pois sem liberdade não se desenvolverá a consciência crítica³³ que permite transformar a realidade e responder aos inúmeros desafios de uma realidade em permanente mudança, face à globalização. Caso contrário, o professor é um mero atuante, que se considera detentor do saber e a sua perspectiva do aluno é como um ser recetor passivo da informação que transmite. Essa é a chamada pedagogia do oprimido, em que assenta um sistema de educação bancária, que Freire aborda nas suas obras de 1970 e 1979. Essa não será a melhor maneira de formar profissionais ativos, capazes, preparados para o mercado de trabalho. Freire (1996) refere que o professor deve deixar de ser um educador “bancário” para ser um educador “problematizador” pois *ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção* (p. 12).

Esta é a Pedagogia renovada que Riani (2009) defende para a atuação do professor universitário, ou seja, um facilitador no processo de ensino/aprendizagem, que valoriza a individualidade do aluno, o observa como um ser livre, ativo e social. O aluno torna-se, assim, o centro da atividade escolar. Esta não é a realidade de ensino conhecida em Angola, mesmo ao nível do ensino superior. A centralidade é dada ao professor, que é visto como o detentor do saber e os alunos recebem dele o conhecimento. Este sistema de ensino é bastante diferente daquele que se pode observar no espaço Europeu, o qual sofreu uma profunda remodelação, com a implementação do Processo Bolonha e em especial, com a passagem do paradigma do ensino para o paradigma da aprendizagem. Esta mudança da transmissão de conhecimento para o método de trabalho cooperativo e o ensino por projeto, exige a utilização de metodologias e estratégias centradas na aprendizagem dos estudantes, no seu trabalho continuado e ativo (Guedes *et al.*, 2007).

Vários autores assinalam que o trabalho do professor universitário exige a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Estas características ou atividades supõem a produção de conhecimento, o incentivo à criatividade, ao uso de interdisciplinaridade e integração entre teoria/prática, assim como o domínio de habilidades e competências técnico-científicas (Pachane e Pereira, 2004; Veiga, 2005; Giordani *et al.*, 2006; Gonçalves, 2010). Algumas destas características, que aludem ao

³³ Para melhor compreender as características da consciência crítica na ideologia de Paulo Freire, sugere-se a leitura da obra *Educação e Mudança* de Paulo Freire (1979, p. 22).

perfil do professor universitário, não se verificam em Angola, como: a prática de investigação ou pesquisa, uma vez que, em 2014, somente 1% do quadro docente angolano realizava investigação (Mendes, 2016); e o ensino centrado no aluno, promovendo a sua emancipação e proatividade, e em vez disso assiste-se à transmissão de conhecimentos de forma expositiva.

Acreditamos e enfatizamos (por experiência no terreno) que tais fatores se prendem com o contexto socioeconómico e universitário, pelos seguintes motivos: cultura organizacional pouco inovadora, o que se pode relacionar com a questão da autonomia das universidades e o papel regulador do Estado; falta de acervo ou escassez de recursos bibliográficos. Também falta de tradição académica, pois apesar das atividades de investigação serem uma das funções atribuídas aos professores universitários e contempladas no Estatuto da Carreira Docente (E.C.D.) através do Decreto nº 3/95 de 24 de março, a maioria dos docentes não realiza investigação científica, sem que seja visto como incumprimento do E.C.D.³⁴, o qual deveria constituir um arquétipo regularizador ou código de conduta profissional; e falta de ações nacionais de avaliação do desempenho docente. Deste modo, sublinhamos a linha de pensamento de Martins (2009) e Siqueira (2009) ao defenderem que para conhecer o perfil do professor universitário é necessário conhecer a cultura e a política da instituição em que se insere.

Para Freire (1992) a universidade (em geral) preocupa-se com tudo o que gira em torno do conhecimento, que se subdivide em conhecimento existente e novo conhecimento. Há dois tipos ou duas visões de universidade: a conservadora que se preocupa com o conhecimento existente e a sua transmissão, e a progressista que coloca o novo conhecimento no centro das suas preocupações. Esta última será a que fomenta a verdadeira docência, pois toda a docência implica pesquisa, que por sua vez levará à docência e à divulgação de resultados.

Em Angola, podemos encontrar estas duas visões, porém habitam territórios parcialmente distintos. Os mais conservadores concentram as suas atividades nas I.E.S. públicas e os mais liberais ou progressistas ocupam o ensino superior privado (Katúmua, 2015). Este autor, menciona ainda que a atuação das I.E.S. públicas visa o cumprimento de ditames políticos, adotando, por isso, um tipo de gestão que valoriza os números e os

³⁴ Na prática, o imediatismo nas titulações fez com que muitos quisessem chegar a professor titular sem nunca terem publicado um artigo científico (Teta, 2012 *apud* Manuel, 2013, p. 442). Teta (2009) menciona que nos próximos tempos o desafio para as I.E.S. públicas e privadas centrar-se-á na observância das linhas mestras. Se até aqui a preocupação foi canalizada para a quantidade, de agora a avante deverá priorizar-se a qualidade. Teta defende que o ponto de partida para o desenvolvimento do ensino superior é o seu docente (...) um docente desmotivado é o adiamento do futuro de um povo (2009, p. 34).

resultados, importando-se mais com o número de alunos que podem ser admitidos e formados anualmente, do que com a qualidade dos cursos ministrados. A quantidade de alunos que podem ser admitidos e que saem anualmente, também importa aos gestores das I.E.S. privadas, no sentido do lucro que estes podem gerar em tesouraria. A qualidade dos cursos ministrados é ou não relevante consoante o perfil do promotor e a pertinência que esses cursos demonstram ter através da procura do mercado, ao contrário das I.E.S. públicas que apenas fazem cumprir uma agenda governamental.

A missão da universidade em Angola encontra-se submetida ou inculcada nos objetivos do ensino superior, o qual está subordinado ao órgão tutelar do Estado, o Ministério do Ensino Superior. Como foi já descrito anteriormente, o Estado exerce um papel regulador e avaliador do subsistema de ensino superior (Mendes e Silva, 2011; Silva e Mendes, 2012; Manuel, 2013; M.C. Mendes, 2013a e 2013b).

Deste modo, a atividade do professor universitário em Angola, fica confinada à formação de quadros de alto nível para os diferentes ramos de atividade económica e social do País, assegurando-lhes uma sólida preparação científica, técnica, cultural e humana, bem como a promoção da investigação científica e a prestação de serviços à comunidade, patente nos artigos 3º e 4º do Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro e nos artigos 35º e 36º da Lei nº 13/01 da Lei de Bases do Sistema de Educação.

Gostaríamos de salientar o seguinte, a maioria dos professores universitários não possui formação pedagógica específica, detendo instrução na área de conhecimento em que lecionam (Perez, 2012). Este fato dificulta, muitas vezes, a organização e gestão da sala de aula, bem como os desprepara para a gestão de conflitos e uso de estratégias de intervenção em casos de indisciplina ou dificuldades na relação com os alunos. Estas situações vão além da estrita competência científica, exigindo habilidades pedagógicas (Villibor *et al.*, 2015). Outras particularidades, que obscurecem a identidade do professor universitário, têm a ver com o fato da docência para muitos não constituir a sua atividade profissional principal (são horistas, como vimos anteriormente). Além disso, o ingresso no ensino superior, especialmente no privado, ocorre de forma algo improvisada, mediante convite, amizade ou indicação de membros da instituição ou de outra instituição (Cunha, 2005; Siqueira, 2009). Estes aspetos salientam as fragilidades da formação e seleção dos professores universitários.

Em Angola, o percurso e a formação de um professor universitário possui as fragilidades destacadas. Questões como a formação, a contratação e a seleção de professores para o ensino superior não se encontram bem definidas nem nas Normas Gerais

Reguladoras do Subsistema de Ensino Superior dispostas no Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro, nem ao nível da Lei de Bases do Sistema de Educação (Lei n.º 13/01 de 31 de dezembro de 2001). Neste último documento, pode verificar-se conforme o disposto do artigo 27º ao artigo 30º, os objetivos do subsistema de formação de professores, e que a formação de professores se dá em dois níveis: o médio em escolas normais; e o superior pedagógico, em institutos e escolas superiores de ciências de educação. Estes professores ficam habilitados a lecionar o ensino geral (educação pré-escolar, ensino médio, secundário, educação de adultos e educação especial). Portanto, não se verifica a habilitação ou formação específica para a docência universitária, mas, esta formação permite desenvolver competências no domínio científico-pedagógico. Mendes (2013a, p.32) aponta a inadequação do perfil do professor universitário em Angola, *relativamente à sua formação académica e pedagógica o que compromete o cumprimento da missão educativa*, como uma das grandes debilidades do ensino superior.

Em Angola, o corpo docente das instituições de ensino superior, deveria ser assegurado essencialmente por mestres e doutores, conforme o disposto no artigo 94º do Decreto nº 90/09. Todavia, esta não é a realidade do país, como se pode observar nos Quadros 22 e 23. Este documento legal, bem como o Estatuto da Carreira Docente, apesar da sua não observância, reflete por si só, a preocupação em estabelecer ou regular o funcionamento do ensino superior. Se contextualizarmos o momento em que emerge no sistema educativo, verificamos que surge durante a primeira grande reforma educativa em Angola (Buza e Alberto, 2012).

Verifica-se que o corpo docente angolano tem vindo a aumentar significativamente ao longo dos anos. O número de professores com título de licenciados e doutores triplicou entre 2002 e 2015 e o total de mestres cresceu 12 vezes mais (Quadro 22).

Quadro 22. Evolução do número de professores universitários entre 2002 e 2015

Ano	Corpo docente			Total
	Doutor	Mestre	Licenciado	
2002	165	151	672	988
2007	206	427	766	1.399
2014	485	1.384	2.194	4.129
2015	531	1.927	3.978	8.660

Fonte: Elaboração própria com base em Teta (2009), M.E.S. (2015b) e Mendes (2016).

Acreditamos que este fenómeno se justifica através da expansão do ensino superior verificado em Angola após o estabelecimento da paz, em 2002, a ampla proliferação e

abertura de novas I.E.S. privadas em 2007, assim como a aposta do Governo na criação de quadros qualificados. *A independência completa de um país mede-se pelo peso que os nacionais ocupam no quadro docente universitário*, pelo que a grande missão da universidade em Angola era e é, *formar, a nível superior, os quadros necessários ao mais amplo e harmonioso desenvolvimento da vida científica e cultural da sociedade* (Diário da República de Angola, 1980, p. 779). As funções ou papel do professor universitário tomam um aspeto tripartido: docência, investigação e a prestação de serviços à comunidade (Diário da República de Angola, 1995 – Quadro 23).

Quadro 23. Perfil do corpo docente angolano, em 2015

		Grau Académico				Total Geral
		Doutor	Mestre	Licenciado	Outros	
País de Origem	Angola	369	1.425	3.557	2.028	7.379
	Cuba	118	413	277	103	911
	Portugal	15	28	63	37	143
	Outra	29	61	81	56	227
Total		531 (6%)	1.927 (22%)	3.978 (46%)	2.224 (26%)	8.660
Faixa Etária		Grupo etário				8.660
		21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 e mais anos	
		1.111 (13%)	2.872 (33%)	2.423 (28%)	2.254 (26%)	
Natureza da I.E.S.		Privada		Pública		8.660
		F	M	F	M	
		1.061 (22%)	3.812 (78%)	1.074 (28%)	2.713 (72%)	
Total		4.873 (56%)		3.787 (44%)		8.660
Província	Sexo	F	M	F	M	8.660
	Luanda	758	2.837	300	860	
	Benguela	199	585	110	254	
	Outras	104	390	664	1.599	
Total		1.061 (22%)	3.812 (78%)	1.074 (28%)	2.713 (72%)	8.660
Regime de trabalho		Integral		Parcial		8.660
		F	M	F	M	
		1.104 (27%)	2.968 (73%)	1.031 (23%)	3.557 (77%)	
Total		4.072 (47%)		4.588 (53%)		8.660

Fonte: Adaptado de M.E.S. (2015b).

Através da observação do Quadro 23., constatamos o seguinte:

a) 46% dos professores universitários a exercer atividade no ensino superior angolano, são licenciados; apenas 6% possuem o título de doutor e 22% são mestres;

b) somente 3% dos professores universitários em Angola realizam atividades de investigação científica³⁵;

³⁵ Simões *et al.* (2016) indicam que nas I.E.S. angolanas, a ínfima investigação científica que se pratica diz respeito a monografias de licenciatura ou dissertações de mestrado, iniciativas individuais ou de grupo. Pesquisas mais profundas como as teses de doutoramento, são por norma, realizadas no estrangeiro.

c) o corpo docente é maioritariamente constituído por docentes angolanos (7.379 - 78%) seguem-se os cubanos (911 - 11%) e os portugueses (143 - 2%) entre as mais diversas nacionalidades;

d) 46% dos docentes em atividade possuem entre 21 e 40 anos de idade e 54% tem mais de 41 anos, não é portanto um corpo docente muito jovem;

e) 56% dos professores universitários exerce funções em I.E.S. privadas (22% do sexo feminino e 78% do sexo masculino);

f) ao nível dos contratos ou vínculo empregatício verifica-se que 27% das mulheres detém contratos a tempo integral e apenas 23% a tempo parcial e no sexo masculino há mais contratos a tempo parcial (77%) do que a tempo integral (73%);

g) Luanda concentra 55% do corpo docente, segue-se Benguela com 13%; estas são as províncias com maior número de I.E.S., como vimos anteriormente; concentram, também, o maior número de vagas, sendo que em 2015, das 111.290 vagas disponíveis em todo o território, Luanda reuniu 72% destas e Benguela 7%.

De acordo com o Decreto nº 3/95 de 24 de março, o ingresso na carreira docente em Angola ocorre de forma semelhante à do Brasil: um sujeito com o título de licenciado é integrado na categoria de Assistente Estagiário (art.15º); com um título de mestrado é-se integrado na categoria de Assistente (art.14º) e com o título de doutorado é-se integrado na categoria de Auxiliar (art.13º). Os títulos servem de barreira à progressão, por exemplo, só é possível chegar a professor Titular com um doutoramento.

Em termos de representação social do professor universitário em Angola, o trabalho do professor universitário é desvalorizado e/ou desprestigiado na sociedade angolana face a outras profissões em que os profissionais têm mais capacidade de decisão e autonomia, bem como acesso a bens materiais.

Eugénio Alves da Silva realizou, em 2004, um estudo socio-organizacional em Angola, conduzido na U.A.N. com 247 professores universitários, verificou que o prestígio social inerente à docência universitária é medido pela visibilidade e importância atribuída a determinados símbolos desse prestígio, nomeadamente ao poder aquisitivo³⁶. Concluiu que os professores universitários são vistos como uma classe pobre, com baixo poder aquisitivo, vivendo com algumas dificuldades e carências, descontentes com as condições materiais de vida e de trabalho.

³⁶ Contrariamente ao desprestígio social do professor universitário, estes demonstram possuir uma autoimagem positiva e valorização profissional, elaborada a partir do próprio reconhecimento da importância e utilidade social da profissão que exercem (Silva, 2004).

Buza e Canga (2013) referem que a remuneração do professor universitário não é atrativa por três motivos: fraco poder de compra associado à não existência de subsídios ou regalias que na função pública podem acrescer a 200% ao salário, privilégios estes que pode ter um licenciado na função pública e não tem um doutorado a lecionar na universidade; valorização dos títulos ou graus académicos (a diferenciação salarial de professores com mestrado comparativamente com os doutorados pode atingir os 83%); vínculo de dedicação exclusiva, regime integral e atividade científica (muitos preferem ser colaboradores, terem portanto um vínculo de regime parcial, e poderem realizar atividades em outras instituições).

De acordo com o Estatuto Remuneratório angolano, aprovado através do Decreto 57/03 de 5 de setembro e conforme o disposto no artigo 17º os professores que realizem investigação científica veem acrescido ao salário em 10%. As prestações extraordinárias como a orientação de um trabalho de licenciatura têm um acréscimo salarial de 5%; se a orientação for de um trabalho de mestrado o subsídio será de 10%; e para a orientação de um trabalho de doutoramento, o subsídio é de 25%, de acordo com o artigo 15º. As atividades de regência de curso e de regência de cadeira também conferem acréscimo salarial aos professores universitários, de acordo com as alíneas a) e b) do artigo 16º do mesmo Decreto, em 10% e 5%, respetivamente (Diário da República de Angola, 2003).

Vários autores fazem referência à progressiva perda de prestígio social do professor universitário face à intensa precarização que o seu trabalho tem vindo a ser alvo, nomeadamente, de intensificação da carga de trabalho, flexibilização do salário e perda de direitos (Léda, 2006; Moreira e farias, 2009; Siqueira, 2009; Gonçalves, 2010; Lima, 2012; Santos, Vieira e Garcia, 2013; Brito e Castro, 2014; Silva e Mafra, 2014). Estes aspetos somados à crescente exigência por acumulação de competências e aumento da titulação levam a uma competição feroz entre colegas e pares, quebrando a possibilidade de interajuda, de cooperação e de trabalho de grupo, de diálogo e de partilha de experiências, e de compreensão mútua. Portanto, dificulta ou mesmo impede a mobilização coletiva e o uso de estratégias de defesa coletivas, que facilitariam o enfrentamento do sofrimento gerado pela organização do trabalho, tal como observamos no *item 2.4* no capítulo 1 alusivo à psicodinâmica do trabalho.

Deste modo, concordamos com Riani (2009) que indica que no passado ser professor era uma profissão que detinha prestígio social, pois o professor era visto como um intelectual, dotado de muito saber e conhecimento. Na atualidade, a massificação e democratização do ensino, assim como o fácil acesso (com o uso de plataformas virtuais)

ao conhecimento destrona a figura intelectual do professor, que passa a ser *um simples profissional que exerce uma função* (p. 571).

Na mesma linhagem, Silva e Mafra (2014) consideram que o desprestígio do professor universitário e da profissão docente está intimamente ligado à precarização do seu trabalho e conseqüente desvalorização social. Outrora, ser professor do ensino superior era sinônimo de poder, de intelectualidade e de prestígio social, o que conduzia aos sentimentos de prazer, reconhecimento e realização profissional. Pois, a era observada como o *principal agente de transformação para o desenvolvimento sustentável, aumentando a capacidade das pessoas de transformarem a sua visão de sociedade em realidade* (U.N.E.S.C.O., 2005, p. 43).

Antes de finalizar, consideramos relevante destacar a intenção dos países que compõem a Região Africana, em criar o A.C.A.T.S. (*African Credits Accumulation and Transfer System*) (Simões *et al.*, 2016). Tal acontecerá à semelhança do processo de Bolonha, implementado em 1999 (Declaração de Bolonha, 1999) que visou o estabelecimento de um espaço europeu para o ensino superior, desenvolvendo um sistema de crédito comum, fomentando a partilha, intercâmbio e a mobilidade de jovens estudantes e profissionais, bem como estimulando a empregabilidade³⁷ (Jornal Oficial da União Europeia, 2014).

Simões *et al.* (2015) entendem que a criação de um espaço geopolítico de ensino, que englobe o território angolano, poderá solucionar questões como: atualização de *curricula* e a sua quantificação, com base em créditos tornando-os internacionalmente reconhecidos, facilidade na mobilidade de professores e alunos, bem como, o reconhecimento das respetivas formações curriculares e ainda, permitiria a acreditação de I.E.S. e conseqüente integração nesse espaço de ensino.

Estes autores defendem a integração de Angola em redes de cooperação regional, tais como, a *African Union* (A.U.), a *Association of African Universities* (A.A.U.), a *Southern Africa Development Community* (S.A.D.C.), a *Southern Africa Regional Universities Association* (S.A.R.U.A), o *Fórum de Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa* (F.O.R.G.E.S.), a *Associação das Universidades de Língua Portuguesa* (A.U.L.P.) e a *Rede de Instituições Públicas de Ensino Superior* (R.I.P.E.S.), o que

³⁷ Todos estes pressupostos haviam sido já previstos em 2004 pela Comissão Europeia, ao estabelecer algumas competências e qualificações aos professores universitários, bem como adotar a docência como uma profissão qualificada num contexto de aprendizagem ao longo da vida e ainda, entendida como profissão com mobilidade e baseada em parcerias (Gomes, 2010). Esta autora conclui vincando a *necessidade do reconhecimento e diferenciação da qualidade de ensino para que a carreira docente promova o mérito dos professores (...) da credibilização, do reconhecimento social e da projecção da profissão de professor no futuro* (Gomes, 2010, p. 122).

constitui uma oportunidade para discutir assuntos e constrangimentos comuns, permitindo, em conjunto, traçar estratégias de superação dessas dificuldades e alcançar os objetivos de desenvolvimento nacional e regional. Alguns desses objetivos, a que Angola se propôs, são: expandir a taxa de matrículas no ensino superior (taxa bruta de escolarização) dos 6-7% atuais para 50% até ao ano 2063; um polo de excelência universitária por cada 3 milhões de habitantes; até 2063 todo o corpo docente deverá possuir doutoramento e deverá ser atingida a paridade de género dos estudantes matriculados no ensino superior (MacGregor, 2015).

Existem, todavia, alguns fatores que dificultam essa mobilidade, como a falta de cooperação entre países e as dificuldades inerentes à obtenção de visto. Estes exemplos são fatos que se verificam no intercâmbio de docentes e discentes entre Portugal e Angola, apesar da existência de outros fatores que incentivam esta escolha mútua, tais como, a facilidade linguística e a existência de laços familiares no território de acolhimento (Faria, 2009). A este respeito gostaríamos de salientar a estimulante iniciativa portuguesa, da Pró-Reitora da Universidade de Lisboa (Doutora Luísa Cerdeira) em 2011, para a realização de encontros contínuos e periódicos, através de conferências (F.O.R.G.E.S. - Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa) entre os países e regiões de língua portuguesa. Desde 2011, até à data, estes países, têm reunido procurando a melhoria do ensino superior.

4.5. Notas conclusivas

Neste capítulo realizou-se a caracterização da rede geral de ensino em Angola e, de forma particular, da rede de ensino superior existente no território.

Começamos por realizar uma evolução histórica do sistema educativo, desde o período colonial ao período pós-independência e verificou-se uma evolução significativa, uma vez que o ensino primário, entre 1926 e 1961, e a propagação da língua portuguesa, eram da responsabilidade do Estado e das missões católicas, e o ensino secundário era ministrado em apenas duas instituições oficiais, uma na província de Luanda e a outra na província da Huíla. O ensino técnico-profissional era ministrado em escolas oficinas e destinava-se exclusivamente aos angolanos, fruto da discriminação racial existente. A taxa de analfabetismo da população angolana (maiores de 15 anos) rondava os 97% e apenas 5% frequentava a escola. Apenas em 1964 foi instituída a obrigatoriedade do ensino primário e a sua gratuitidade para crianças dos 6 aos 12 anos.

Em 1978 ocorreu a primeira Reforma Educativa, caracterizada pela democratização e gratuidade do ensino, alargando a frequência escolar à população dos espaços rurais. O acesso às universidades, até aos anos 90, era muito reduzido e pouco acessível à maioria dos cidadãos, devido às propinas elevadas e à concentração em Luanda.

Em 2001 surgiu a segunda Reforma Educativa sendo implementado o Novo Sistema de Educação que se materializou num plano de expansão de Escolas e formação de novos professores, alargado a 16 das 18 províncias de Angola. Nesta fase, era da responsabilidade da universidade e dos seus docentes, a formação de quadros nacionais, para a construção de um País independente. Entre 1977 e 2002, o número de alunos inscritos ao nível do ensino superior aumentou a uma taxa anual média de 10,2% e a partir do acordo de paz em 2002 e até 2011, esta taxa triplicou sendo o crescimento médio do número de alunos inscritos de 30,7%. Isto porque, em 1992 foi inaugurada a primeira instituição privada de ensino superior em Angola. Em 2007 foram criadas mais 8 instituições privadas e em 2009 ocorreu a abertura de 6 instituições de ensino superior (I.E.S.) públicas e foram criadas sete regiões académicas que se traduziram na expansão das I.E.S. por todo o território nacional. Em 2014 deu-se um redimensionamento da sétima região académica, sendo fundada uma nova universidade pública e uma oitava região académica. Deste modo, em 2015, verificamos a existência de 26 I.E.S. públicas, distribuídas por oito regiões académicas que cobrem a totalidade do território nacional, e 44 instituições privadas, espalhadas por seis regiões académicas.

Constatou-se que o Estado/Governo angolano assume um papel interventivo na gestão e regulação das I.E.S. e este fato pode ser consubstanciado pelo papel que o subsistema de ensino superior possui no desenvolvimento de quadros qualificados que permitam o crescimento e a competitividade económica da nação angolana.

Apesar de todos os progressos alcançados, verificam-se alguns constrangimentos encontrados no sistema educativo vigente, que se prendem fundamentalmente com a perspetiva mercantilista que leva determinados gestores ou promotores das I.E.S. privadas à abertura destas instituições com um olhar sobre o lucro e não perspetivando um serviço de ensino de qualidade. Além disso, têm sido abertas novas turmas e cursos, sem a devida autorização e homologação por parte do órgão de tutela. Verifica-se, ainda, a baixa qualificação científico-pedagógica do corpo docente e a falta de condições económico-sociais dos discentes.

PARTE II – PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DO SOFRIMENTO DOS DOCENTES DA UNIVERSIDADE ÓSCAR RIBAS

Ao longo desta investigação foram já amplamente explanados os referenciais teóricos que alicerçam esta pesquisa, e que a tornam pioneira, por ainda não terem sido explorados, nomeadamente no seio da ciência geográfica.

Deste modo, propomo-nos analisar, investigar e descrever as relações existentes entre a saúde e o trabalho, as vivências de prazer e de sofrimento que os professores da Universidade Óscar Ribas apresentam, assim como os sintomas daí decorrentes.

Para tal, foi utilizada uma metodologia mista, a qual permite a integração de técnicas quantitativas e qualitativas, mediante o uso de um inquérito por questionário, duas escalas (de resposta tipo Likert), e uma entrevista semiestruturada.

O questionário confere a possibilidade de averiguar as características sociodemográficas e profissionais da amostra, e as escalas permitem colher informação sobre as vivências positivas (prazer) e negativas (sofrimento) que os professores possuem na sua relação com o trabalho e, ainda, a existência de sintomatologia diversa, através da presença de sintomas físicos, psíquicos e sociais.

A entrevista permite-nos investigar, com maior rigor e profundidade, as vivências e perceções que os professores da Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) possuem sobre a sua relação com o trabalho, assim como nos outorga a possibilidade de compreender o tipo de organização de trabalho e o tipo de condições de trabalho, como o ambiente físico e o tipo de relações socioprofissionais, existente na referida universidade.

Estes aspetos são abordados no quinto capítulo, onde é apresentada a metodologia, as técnicas e o local de estudo (U.O.R.). São descritos os instrumentos e os procedimentos utilizados para a coleta de dados e finaliza com a caracterização da população.

No sexto capítulo, inicia-se pela caracterização da amostra e o perfil dos entrevistados, segue-se a apresentação das análises de confiabilidade realizadas às escalas (E.P.S.T. e E.S.R.T.) utilizadas para a coleta da amostra em estudo, e é feita a apresentação, a análise e a discussão dos resultados, sobre a avaliação encetada sobre as relações entre a saúde e o trabalho docente. São apresentados os resultados sobre as condições e organização do trabalho, os indicadores das vivências de prazer e os indicadores das vivências de sofrimento no trabalho, e ainda, são apresentadas e analisadas as estratégias de defesa utilizadas pelos docentes como forma de enfrentamento ou defesa face a situações de sofrimento geradas pelo trabalho.

Por fim, apresentamos um plano de intervenção e promoção da saúde no local de trabalho, são apresentados os limites que esta possui e levantadas algumas questões e sugestões para futuros trabalhos de investigação no domínio da Geografia da Saúde e/ou de interesse para outras ciências sociais e humanas. Para finalizar são tecidas as considerações finais desta investigação.

Capítulo 5. Pressupostos metodológicos

Neste capítulo é abordada a metodologia que serviu de base à realização da presente investigação. Apresentamos o local de estudo e os resultados do pré-teste concretizado. Descrevemos, ainda, os instrumentos e os procedimentos utilizados para a coleta de dados. Por fim, fazemos uma breve caracterização da amostra.

5.1. Metodologia e técnicas usadas

Neste estudo foi empregue simultaneamente a abordagem qualitativa e quantitativa, tratando-se de um estudo misto que resulta da integração de diferentes métodos e técnicas usados para a coleta e análise de dados.

O método misto corresponde à utilização conjunta de duas ou mais estratégias, quantitativas ou qualitativas, e/ou ao uso combinado da quantitativa e da qualitativa num único estudo, permitindo, assim, responder às questões de partida e ao atingir dos objetivos (Driessnack *et al.*, 2007). Lessard-Hérbert *et al.* (1994) e Dal-Farra e Lopes (2013) referem ser comum a combinação das duas abordagens metodológicas. Driessnack *et al.* (2007) acrescentam que o uso dos métodos mistos é uma tendência crescente e que facilita o entendimento mais profundo dos problemas investigacionais mais complexos, como os do âmbito da saúde.

Castro *et al.* (2010) concordam, indicando que os métodos mistos têm tido mais representatividade em estudos investigacionais ligados às Ciências Sociais e Humanas, que outrora privilegiavam os métodos quantitativos. Estes autores destacam as seguintes vantagens do método quantitativo: (a) operacionalização precisa e medição de um constructo específico; (b) a capacidade de realizar comparações entre os grupos; (c) a capacidade para analisar a força de associação entre variáveis de interesse; (d) e a capacidade de especificação do modelo e os testes de hipóteses de investigação. No entanto, esta abordagem metodológica apresenta uma limitação, pois as informações coletadas são deslocadas do seu contexto ecológico original, ocorrendo um fenómeno designado por descontextualização.

No caso da abordagem qualitativa, esta permite analisar a pessoa de forma holística e inserida no seu ambiente natural. Estes autores destacam as seguintes vantagens da abordagem qualitativa: (a) permite detalhar de forma rica as experiências humanas (emoções, crenças, valores e comportamentos); (b) as narrativas são examinadas dentro do contexto original em que ocorrem observações. Além disso, a abordagem qualitativa

oferece uma análise em profundidade de experiências e vivências que não podem ser totalmente apuradas através de questionários e escalas.

Teddlie e Tashakkori (2009) descrevem três movimentos metodológicos para as Ciências do Comportamento: a) investigadores que se baseiam no paradigma positivista/pós-positivista, interessados em métodos quantitativos; b) investigadores que se baseiam no paradigma construtivista e, por isso, fundamentam as suas análises em métodos qualitativos, descritivos, narrativos, como a análise de conteúdo; e, por fim, os investigadores mais pragmáticos que utilizam os métodos mistos, que combinam as competências narrativas e numéricas para as suas análises, podendo utilizar ambas as lógicas (dedutiva e indutiva) para colocar as questões de partida e para a análises dos dados.

Tashakkori *et al.* (2013) clarificam que a abordagem de métodos mistos tem fortes raízes na metodologia comportamental e permite ao pesquisador uma visão mais ampla e a capacidade de utilizar várias técnicas que facilitem o alcance das respostas às suas perguntas de pesquisa, as quais beneficiam de tal multiplicidade. As questões: “o quê?”, “porquê?” e “como?”, são exemplos desta necessidade e prevalecem na investigação em Ciências Sociais e Humanas (das quais se destacam neste estudo a Geografia Humana e a sua combinação com a Psicologia). Resumindo, os métodos mistos podem fornecer ferramentas de investigação mais eficazes do que a qualitativa isolada ou o uso de várias abordagens quantitativas.

Tal como Dal-Farra e Lopes (2013, p. 77) indicam *cabe, portanto, ao pesquisador elaborar um plano de pesquisa que atenda às suas necessidades e corresponda aos objetivos da sua investigação*. Por este motivo, escolhemos para esta investigação um método misto que combine simultaneamente o método quantitativo e qualitativo.

Segundo Roesch (1999) a abordagem quantitativa utiliza-se para medir relações entre variáveis, por associação ou por causa-efeito, sendo o questionário o instrumento de pesquisa mais utilizado. Um questionário é constituído por um conjunto de perguntas referentes à situação social, profissional ou familiar, de opinião, de conhecimentos, sobre atitudes, expetativas, em relação a opções ou questões humanas e sociais, ou ainda sobre um qualquer ponto de interesse dos investigadores e permite analisar e conhecer um determinado fenómeno (Quivy e Campenhout, 2003).

No nosso estudo, utilizamos na abordagem quantitativa, o inquérito por questionário, nomeadamente, um questionário de dados sociodemográficos com o objetivo de caraterizar a amostra e usamos duas escalas validadas: a Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.), que permite a compreensão das vivências de prazer e sofrimento no trabalho, e

a Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.), que facilita a caracterização de sintomas físicos e psicossociais relacionados com o trabalho.

Quanto à abordagem qualitativa Roesch (1999) alega a sua utilização em organizações pequenas, nas quais não há possibilidade de fazer inferências causais válidas e onde há um elevado grau de interação entre os indivíduos envolvidos. Nesta abordagem recorreremos à técnica de entrevista, principalmente por nos permitir aprofundar certos domínios da subjetividade humana e por ser o instrumento de referência da Psicodinâmica do Trabalho de Christophe Dejours (um dos pilares teóricos da nossa investigação). Tal permitiu-nos privilegiar as narrativas dos trabalhadores e aprofundar a relação subjetiva que os professores universitários estabelecem com o seu trabalho. As narrativas revelam aspetos visíveis e invisíveis do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e ainda as mediações no processo de saúde-adoecimento (Mendes, 2007a).

Ana Magnólia Mendes *et al.* (2007) referem que o princípio metodológico fundamental na psicodinâmica do trabalho é a interpretação das narrativas, sendo a palavra mediadora mas não tradutora da realidade, ou seja, deve ser analisada no sentido de se verificarem contradições, incoerências e mecanismos de defesa, para assim permitir a apreensão da dinâmica dos contextos de trabalho.

A abordagem qualitativa teve ainda como objetivo caracterizar o contexto de trabalho dos professores universitários em Luanda e aprofundar os resultados obtidos através da coleta quantitativa de dados.

Tanto o inquérito por questionário como o inquérito por entrevista são considerados fontes primárias de investigação, pois o investigador tem algum tipo de controlo sobre as mesmas, pois delineou-as e construiu-as de raiz. As fontes secundárias são aquelas em que o investigador não tem controlo e que correspondem a fontes publicadas sobretudo oficiais, como por exemplo as estatísticas (Roesch, 1999).

No caso da nossa pesquisa consideram-se fontes primárias o questionário de dados sociodemográficos e a entrevista semiestruturada, e são fontes secundárias as duas escalas (validadas por Ferreira e Mendes, 2003) utilizadas, a E.P.S.T. (Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho) e a E.S.R.T. (Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho).

Quanto às técnicas utilizadas para o processamento e análise de dados relativos ao método quantitativo recorreu-se ao Excel, versão para o *Windows 7 Home Premium*, e ao S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0.

Quanto às técnicas utilizadas para o processamento e análise de dados relativos ao método qualitativo, ou seja, o tratamento dos dados recolhidos através do inquérito por entrevista, recorreu-se à análise de conteúdo, com base em Bardin (2015).

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2015) como um conjunto de técnicas que permitem analisar as comunicações utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos que descrevem o conteúdo das mensagens, com a intenção de inferir conhecimentos relativos a determinadas temáticas. Também Guerra (2006) e Silva (2015) se enquadram nos paradigmas de análise indutiva, os quais possibilitam a compreensão e interpretação (ou inferência) por parte do investigador, descrevendo as situações narradas pelos entrevistados e elaborando interpretações e o sentido do que foi relatado. Estes autores colocam a ênfase desta técnica na possibilidade de análise com base no raciocínio indutivo e na hermenêutica, na interpretação, atribuição e construção de sentido aos fatos manifestos na vida social dos entrevistados, permitindo compreender como se dá a construção de significados para os entrevistados e apreender a construção subjetiva da realidade.

Concordamos com esta potencialidade que a análise de uma entrevista possibilita sendo um complemento às técnicas utilizadas pelo método quantitativo. O entrevistado passa a poder expressar-se de forma mais livre e sendo mais rica em significados.

A técnica de análise de conteúdo permite a formulação de inferências entre a fala do sujeito e o objeto de investigação, ou seja, a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção ou, eventualmente, de receção. Esta inferência recorre a indicadores (quantitativos ou não). O investigador tira partido do tratamento das mensagens que manipula para inferir conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, e assim responder às causas e consequências de um enunciado (Bardin, 2015).

5.2. Instrumentos

Os instrumentos são ferramentas úteis para a coleta de dados relevantes para o estudo que se pretende efetuar. Nesta investigação foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos para melhor conhecer as características do grupo profissional em estudo. Foram também selecionadas duas escalas, a Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.) e a Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.) que pretendem analisar e relacionar a saúde e o trabalho, ajudando a revelar indicadores críticos no trabalho. Estas escalas foram validadas por Ferreira e Mendes, em 2003, numa pesquisa

efetuada no Brasil e realizada em parceria com a Federação Nacional dos Auditores Fiscais da Previdência Social Brasileira, com uma amostra de 496 auditores fiscais. Estas escalas são usadas pela primeira vez em Angola.

5.2.1. Questionário de dados sociodemográficos

O questionário de dados sociodemográficos foi composto por 17 questões com o objetivo de recolher informação pessoal e profissional dos inquiridos, insistindo na nacionalidade, na área de residência, no sexo, na idade, no estado civil, no nível de escolaridade, no tempo de serviço, na carga horária semanal, no tipo de contrato (ou vínculo) que tinha com a universidade e na perceção sobre a sua saúde atual.

5.2.2. Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)

A Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.) é uma escala de tipo Likert de cinco níveis (1- nunca, 2- raramente, 3- às vezes, 4- frequentemente e 5- sempre). É composta por 25 *itens* e quatro fatores, dos quais dois são indicadores de prazer e outros dois de sofrimento. Os fatores indicadores de prazer são a realização profissional e a liberdade de expressão e os indicadores de sofrimento são o esgotamento emocional e a falta de reconhecimento.

O fator um, realização profissional, compreende nove *itens* e está relacionado com a vivência de gratificação e satisfação profissional, motivação, orgulho e a identificação com o trabalho realizado. O fator dois, liberdade de expressão, possui cinco *itens* e está relacionado com as vivências de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. O fator três, esgotamento emocional, contém seis *itens* e diz respeito à frustração, à insegurança e à insatisfação no trabalho realizado, produzindo esgotamento, desgaste e *stress*. Por último, o fator quatro, falta de reconhecimento, é composto por cinco *itens* e refere-se às experiências de injustiça, de indignação e de desvalorização pelo não reconhecimento no trabalho, mas também aos sentimentos de desqualificação e inutilidade.

Para os fatores de prazer (realização profissional e a liberdade de expressão), compreendidos num total de 14 *itens*, as respostas são somadas e divididas pelo número total de *itens*. Os resultados obtidos interpretam-se conforme os seguintes parâmetros: acima de 3.7 = avaliação mais satisfatória; de 2.3 a 3.7 = avaliação moderada; de 1.0 a 2.3 = avaliação crítica.

Para os fatores do sofrimento (esgotamento emocional e falta de reconhecimento), as respostas devem ser somadas e divididas pelo número total de *itens*, ou seja, onze, que são considerados negativos. A análise deve ser feita com base nos seguintes níveis: de 1.0 a 2.3 = avaliação satisfatória; de 2.3 a 3.7 = avaliação moderada; acima de 3.7 = avaliação crítica.

A conjugação entre os fatores prazer e sofrimento permitem averiguar se o respondente da escala está ou não a fazer uso de estratégias defensivas, de acordo com a seguinte interpretação: a) altos níveis em prazer e baixos níveis em sofrimento indicam uma avaliação mais satisfatória, pois prevalecem sentimentos e vivências de prazer no trabalho; b) baixos níveis de prazer e elevados níveis em sofrimento são indicadores de uma avaliação crítica e, portanto, há a prevalência de sentimentos e vivências de sofrimento no trabalho; c) resultados moderados nos dois fatores, altos níveis ou baixos níveis em ambos fatores, revelam que o respondente da escala está a fazer uso de estratégias defensivas (sejam coletivas, individuais ou ambas) para fazer frente ao sofrimento gerado pelo trabalho (Ferreira e Mendes, 2003).

5.2.3. Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (E.S.R.T.)

A Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (E.S.R.T.) é uma escala do tipo Likert de cinco níveis (1- nada presente, 2- pouco presente, 3- mais ou menos presente, 4- bastante presente e 5- totalmente presente). É composta por 32 *itens* que se organizam em três categorias de fatores: sintomas psicológicos (11 *itens*), sintomas sociais (9 *itens*) e sintomas físicos (12 *itens*), todos decorrentes de como se enfrentam as situações vividas nos contextos de trabalho.

O fator um refere-se aos sintomas psicológicos, que se definem como uma percepção negativa de si próprio, da vida em geral e das alterações de humor. É composto por onze *itens*; o fator dois reporta-se aos sintomas sociais, abrangendo questões relacionadas com isolamento e dificuldades nas relações familiares e sociais e compõe-se de nove *itens*; o fator três está relacionado com os sintomas físicos, nomeadamente, dores no corpo e distúrbios biológicos, e é composto por doze *itens*.

Nesta escala os resultados são agrupados em três categorias: sintomas psicológicos (11 *itens*), sintomas sociais (9 *itens*) e sintomas físicos (12 *itens*), sendo o resultado igual ao somatório das respostas aos *itens* correspondentes e dividido pelo número total de *itens*. O resultado é interpretado da seguinte forma: de 1.0 a 2.2 = avaliação satisfatória; de 2.3 a 3.7 = avaliação moderada; acima de 3.7 = avaliação crítica.

5.2.4. Entrevista semiestruturada

Uma entrevista é utilizada para recolher dados descritivos da linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo (Bogdan e Biklen, 2010 *apud* Pereira, 2011).

Albarello *et al.*, (1997, p.89 e 95) consideram a entrevista *o instrumento mais adequado para delimitar os sistemas de representações, de valores, de normas veiculadas por um indivíduo*. E ainda, *a entrevista é mais uma arte do que uma técnica*. Consideramos a entrevista o meio privilegiado para aceder estrategicamente e de forma flexível, mas em profundidade (holisticamente) aos referenciais e categorias psicológicas do entrevistado, respeitando a sua subjetividade e individualidade e tendo em conta o seu nicho ecológico (ambiente natural e sociocultural).

A entrevista facilita a busca de informações diversas num mesmo período tempo, além de possibilitar a interação entre entrevistado e entrevistador, por ser um processo social. As entrevistas podem assegurar uma taxa de resposta mais elevada por assegurar que todas as questões são respondidas, impedem equívocos nas respostas, e é possível auxiliar a interpretação e dar explicações. Por outro lado, a relação entre entrevistado e entrevistador pode influenciar positivamente ou negativamente nas respostas (Roesch, 1999). Isto é, uma relação vertical pode induzir respostas distorcidas por medo de represálias e assim distorcer os resultados. Este fato é salvaguardo na nossa pesquisa, uma vez que a investigadora/entrevistadora pertence à mesma classe dos entrevistados, é professora universitária e colega dos entrevistados, pelo que a relação de confiança foi previamente estabelecida e salvaguardada. Além disso, foi também tarefa da entrevistadora convencer os entrevistados a responder com a máxima seriedade, com base na confidencialidade da identidade de todos participantes.

As entrevistas podem ser de quatro tipos: não diretiva ou não estruturada, diretiva ou estruturada, semidiretiva ou semiestruturada e por último relato de vida, de acordo com a natureza das perguntas.

Uma entrevista não estruturada ou não diretiva, é considerada a única forma de explorar um campo de estudo novo, uma vez que as informações colhidas permitem a construção de um instrumento de investigação mais sistemático, como um questionário. Este tipo de entrevista tem por base o método terapêutico centrado no cliente, preconizado por Carl Rogers (um terapeuta humanista) que enfatiza o discurso do cliente, a sua livre

expressão. Por parte do entrevistador é necessária uma escuta atenta e ativa bem como uma aceitação incondicional do outro (Lessard-Hérbert *et al.*, 1994). A entrevista não diretiva é exclusivamente centrada em torno de um tema, lançado pelo entrevistador, que deixa o entrevistado explorar livremente (Albarello *et al.*, 1997).

A entrevista estruturada ou diretiva, compõe-se por questões de tipo fechado (em que o entrevistado tem opções de escolha) ou aberto (para as quais se espera, respostas curtas e sucintas). O entrevistador coloca as questões por uma ordem preestabelecida (guião) e não se colocam novas questões. A entrevista semiestruturada (que é a mais utilizada em investigação social) situa-se num ponto intermédio entre as anteriores, pois o entrevistador conduz a entrevista seguindo um guião, mas sem o fazer de forma rígida, e deve ter a capacidade de orientar estrategicamente o rumo da entrevista para os objetivos sem eliminar a espontaneidade do entrevistado. Por fim, o relato de vida combina abordagem biográfica com a temática do objeto de estudo (Albarello *et al.*, 1997; Quivy e Campenhout, 2003).

Toda a entrevista é um processo social, pois permite o estabelecimento de um contato direto, e à medida que o tempo passa há a possibilidade de se criar um ambiente favorável à comunicação e interação entre o entrevistado e entrevistador (Quivy e Campenhout, 2003). Estabelece-se a confiança.

A seleção do tipo de entrevista depende das questões de pesquisa norteadoras do estudo e dos objetivos que se pretendem atingir. A entrevista semiestruturada é a técnica mais utilizada em pesquisas de campo, como a nossa, e a que melhor se adapta às necessidades de resposta e objetivos em causa. Este tipo de entrevista combina os dois tipos de resposta, aberta e fechada, apelidando-se de semiestruturada, pois existe uma estrutura ou guião prévio à entrevista e a sequência das perguntas e a introdução de novas questões é livre e conduzida pelo entrevistador.

O guião usado na nossa entrevista foi sintetizado com base no quadro teórico que sustenta esta pesquisa, atendendo às questões de partida e aos objetivos previamente delineados.

O nosso guião de entrevista foi composto por 19 perguntas, agrupadas em 4 grupos de questões abordando quatro temas fundamentais que pretendemos aprofundar e analisar na amostra de docentes recolhida: 1) contexto de trabalho; 2) sentimentos e vivências/experiências de prazer; 3) sentimentos e vivências de sofrimento; 4) e estratégias defensivas.

5.3. Realização do Pré-teste

O pré-teste corresponde ao ensaio dos instrumentos a um pequeno grupo de sujeitos que não fazem parte do universo onde se fará a coleta da amostra, mas que possuem as mesmas características dos sujeitos que vão fazer parte dela (Hill e Hill, 2005; Remoaldo, 2007). Este ensaio faz-se com o intuito de testar os instrumentos que se vão usar e garantir que estes sejam de fato aplicáveis, respondendo efetivamente às questões inicialmente colocadas pelo investigador (Ghignone e Matalon, 1992). Avalia-se a adequação, a validade e a consistência de cada instrumento (questionário e/ou entrevista) e antes da aplicação final podem ser feitas alterações e melhorias (Canhoto, 2008).

Ghignone e Matalon (1992) sugerem uma dezena de sujeitos como um número suficiente para essa análise. Canhoto (2008) concorda, referindo que, em regra para um pré-teste, não é necessário um número superior a 10% da amostra, sendo suficiente um número entre 10 e 20 participantes para se obterem conclusões válidas.

O nosso pré-teste pretendeu conhecer o tempo de preenchimento do questionário e das escalas, obter *feedback* quanto à clareza das perguntas, à ordem e sequência das mesmas e por forma a obter sugestões válidas para o cumprimento dos nossos objetivos. No caso das entrevistas, o pré-teste permitiu conhecer o tempo médio para a sua realização, adequar e ajustar as perguntas com clareza, por forma a alcançar sensivelmente os sentimentos e as vivências de prazer e de sofrimento relacionadas com as condições e a organização do trabalho na referida Instituição de Ensino Superior.

Foi realizado em quatro dias, de 15 a 18 de março de 2016, na província do Lubango, no Instituto Superior Politécnico Independente (I.S.P.I.), com a devida autorização (obtida a 14 de março de 2016) do diretor geral da instituição, o Professor Doutor Francisco Chocolate.

O Instituto Superior Politécnico Independente (I.S.P.I.) foi inaugurado em 2011, tem a sua sede na província da Huíla e o seu âmbito de atuação e expansão circunscreve-se na Região Académica VI, que integra as Províncias da Huíla, Namibe, Cunene e Cuando Cubango. Tem como missão oferecer formação académica de nível superior em oito cursos: Direito, Sociologia, Ciências Jurídicas, Ciências da Comunicação, Gestão e Marketing, Informática e Gestão de Empresas, Engenharia Informática e Contabilidade e Finanças. Estes cursos são geridos por quatro departamentos, nomeadamente, o departamento de Ciências Sociais e Humanas, departamento de Ciências Jurídicas, o departamento de Ciências da Educação e o departamento de Engenharia e Tecnologias.

Tem ainda como missão, contribuir para a investigação científica nas áreas académicas descritas, assegurar elevados padrões de exigência e atualização constante, integrar meios inovadores, como as T.I.C. (Tecnologias de Informação e Comunicação), realizar processos de transferência de tecnologia e contribuir para o desenvolvimento socioeconómico sustentável da região académica que integra, e assim colaborar com a promoção do desenvolvimento da competitividade do país (<http://www.ispi.ed.ao/>, acesso a 9 de agosto de 2016).

O pré-teste foi realizado na sala de professores da referida instituição. Os questionários e as escalas foram entregues de forma presencial, tendo colaborado 11 professores, 9 homens e 2 mulheres, todos residentes no Lubango, província da Huíla. Relativamente à nacionalidade 10 dos professores que participaram no pré-teste tinham nacionalidade angolana e apenas 1 era de nacionalidade portuguesa.

Foi conseguida uma cobertura de todos os grupos etários, desde os 23 aos 50 anos de idade, no entanto, a sua maioria (n=9) tinha idades compreendidas entre os 23 e os 40 anos, e apenas dois tinham idades compreendidas entre 41 e 50 anos.

Quanto ao estado civil a maioria dos professores inquiridos (n=7) eram solteiros e apenas 4 eram casados. Relativamente ao número de filhos constatou-se que a maioria (n=7) não tinha filhos e apenas 4 tinha um ou dois filhos.

Relativamente ao nível de escolaridade a maioria dos participantes (n=7) possuía uma licenciatura e 3 tinha o mestrado e 1 uma pós-graduação.

No que toca ao departamento a que estavam afetos, apurou-se que a maioria dos professores que participou pertenciam ao departamento de Engenharia e Tecnologia (n=5), seguindo-se o departamento de Ciências Sociais e Humanas (n=4) e apenas 1 estava sediado no departamento de Ciências da Educação e Ciências Jurídicas.

No que concerne ao tipo de contrato ou vínculo com o I.S.P.I., apurou-se que 5 possuíam contrato em regime de tempo integral e outros 5 possuíam contrato em regime de tempo parcial, e apenas 1 dos professores inquiridos possuía um vínculo diferente por ser monitor.

No que respeita à perceção atual sobre a saúde, a maioria (n=6) dos professores inquiridos indicaram ter uma saúde “razoável”, enquanto 4 referiram ter uma “boa” saúde e uma apenas 1 dos participantes mencionou ter “muito boa” saúde.

Em relação aos resultados obtidos nas escalas, salientamos que nenhum professor manifestou níveis considerados críticos, isto é, de falta de prazer e de existência de

sofrimento ou sintomas (físicos, sociais e psíquicos) considerados dolorosos e incapacitantes.

De acordo com os objetivos deste pré-teste foram colhidas informações úteis que se traduziram em pequenas alterações ao questionário e posterior melhoria na aplicação dos instrumentos para a recolha da amostra.

Todos os professores indicaram um tempo médio de dez minutos para responder ao questionário e apenas um considerou haver ambiguidade em alguns *itens* da escala (E.P.S.T.), por serem contrários (nomeadamente, *item* 7. Desvalorização e *item* 15. Valorização; 10. Satisfação e 20. Insatisfação – ver em Anexo). Não sugeriram outras questões e consideraram as perguntas suficientes e numa ordem correta. Quanto às sugestões, apenas um dos professores indicou a necessidade de se considerar no questionário de dados sociodemográficos, a pós-graduação na questão relativa ao nível de escolaridade.

Verificamos que na questão sobre o tipo de contrato, seria necessária a substituição dos seguintes termos: “contrato a termo” por “regime parcial” e “contrato sem termo” por “regime integral”. Os primeiros são os professores que trabalham em regime de colaboração, correspondendo a um professor que é pago por hora lecionada, os denominados de “horistas” e os de regime integral são considerados efetivos, pelo que desempenham cargos administrativos e de gestão ao nível dos departamentos e alguns realizam colaboração com a reitoria em atividades de extensão académica.

Por fim, um professor de nacionalidade angolana manifestou na questão 15, dificuldade em perceber o significado da palavra “lazer”, pelo que se considerou a colocação da palavra *hobbie*, por forma a facilitar a interpretação desta pergunta e evitar respostas equivocadas.

Quanto à entrevista, esta foi realizada individualmente com cada professor, após o preenchimento do questionário de dados sociodemográficos e das respetivas escalas. Este pré-teste foi útil, para conhecermos o tempo médio de duração de cada entrevista e adequarmos as questões mediante a interação e *feedback* dado pelos professores. Verificamos que o tempo médio das entrevistas rondava os 30 minutos. Validamos a importância de se clarificar cada pergunta, como por exemplo, na questão: *Sente que o trabalho que realiza o esgota emocionalmente? Que lhe causa desgaste mental?* Concluímos que os docentes davam respostas como se tratando de duas questões e decidimos torná-las independentes. Algo semelhante sucedeu com a questão: *Sente falta de reconhecimento no seu trabalho?* Verificamos que de forma quase unânime os docentes

faziam a distinção entre ser reconhecido pelas chefias ou pelos seus alunos. Assim, decidiu-se desdobrar esta questão: *Sente-se reconhecido pelas suas chefias? E pelos seus colegas? E pelos alunos?*

Quanto à análise das entrevistas realizadas no pré-teste apuramos o seguinte. A avaliação pessoal que os professores fazem sobre as condições e a organização do trabalho no I.S.P.I. é boa, de forma unânime, o que significa que não se sentem constrangidos pela instituição na realização do seu trabalho. A percepção que a totalidade dos professores faz das relações socioprofissionais (entre eles e as chefias, com os colegas de trabalho e os alunos) é positiva:

- quase todos consideram a profissão docente uma profissão com prestígio social;
- a maioria não sente esgotamento nem mental, nem emocional, nem físico (coincidente com os resultados da escala E.S.R.T.);
- a maioria sente-se reconhecida pelas chefias (n=6) e uma parte significativa não se sente reconhecida (n=5); no entanto todos se sentem reconhecidos pelos seus alunos e também pelos colegas;
- em caso de dificuldade ou sofrimento gerado por uma situação de trabalho a maioria (n=5) dos professores refere utilizar estratégias coletivas de defesa (interajuda, procurar a opinião dos outros, diálogo e cooperação);
- quando se trata de uma dificuldade ou problema gerado no seio familiar ou entre amigos, portanto na vida pessoal, a maioria (n=7) dos professores faz uso de estratégias individuais (desporto, ouvir música, autorreflexão, ver TV ou passear). Apenas 2 manifestaram usar ambos os tipos de estratégias de enfrentamento, quer seja um problema de trabalho quer seja na vida privada;
- uma grande parte dos professores (n=8) considera ter uma “personalidade forte”, indicando como características principais a responsabilidade, o otimismo e a persistência.

5.4. Local do estudo

O estudo realizou-se na Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) em Luanda. A escolha desta instituição de ensino superior para se efetuar a coleta da amostra teve como principal critério a acessibilidade, e porque a signatária desta tese pertenceu ao quadro docente desta universidade entre março de 2009 e agosto de 2016.

A sua denominação homenageia o escritor angolano Óscar Bento Ribas (1909-2004). Óscar Ribas era invisuál desde os 36 anos de idade, devido a uma doença degenerativa da

retina (retinose pigmentar). Desenvolveu mais de 20 obras literárias que retratam a vida, e a literatura Angolana. Ganhou vários prémios em Angola e no estrangeiro, dos quais se destaca o Prémio da Comenda da Ordem do Infante, atribuída pelo Governo Português. Além do seu legado literário, Óscar Ribas fundou a primeira escola para deficientes visuais em Angola, tendo sido apadrinhada pelo médico oftalmologista Português, o Dr. Jorge dos Santos Lapa (<http://www.uor.ed.ao> – acesso a 4 de agosto de 2016).

A Universidade Óscar Ribas está situada na Rua Direita do Centro de Convenções s/n, em Talatona, Luanda. Foi fundada em 2007 e está integrada no Sistema Nacional de Educação vigente na República de Angola (Lei nº13/01, de 31 de dezembro publicada em Diário da República de Angola nº 65 I série, designada de Lei de Bases do Sistema Nacional de Educação; Decreto-Lei n.º 2/01, de 22 de Junho que estabelece as Normas Reguladoras do subsistema do Ensino; Decreto n.º 35/01, de 08 de Junho, DR n.º 26, I Série que aprova o Estatuto das Instituições de Ensino Superior). A sua criação foi autorizada nos termos do Decreto Governamental n.º 27/07, de 7 de maio (Diário da República de Angola N.º 55, I Série).

A U.O.R. é uma instituição privada de Ensino Superior, com natureza de pessoa coletiva de direito privado, dotada de autonomia estatutária, científica, pedagógica, cultural, administrativa, financeira e disciplinar. Foi criada e promovida pelo Grupo P.I.T.A.B.E.L. – Prestação de Serviços, Lda. com a nobre e inovadora missão de contribuir para a formação de quadros de excelência no País, pelo que promoveu e usufrui de parcerias com várias empresas implementadas em Angola. Esta interação, com os diferentes atores e setores sociais, desde o económico-produtivo, sociocultural e socioeconómico, diferencia a Universidade Óscar Ribas no panorama académico nacional (<http://www.uor.ed.ao> - acesso a 4 de agosto de 2016).

O corpo docente da U.O.R. conta com a participação de professores de diversas nacionalidades, desde os angolanos, aos portugueses até aos cubanos. Com base nesta diversidade e sabendo que esta é a “riqueza da humanidade” é intenção da instituição a promoção de relações dialógicas e igualitárias entre instituições e sujeitos de modo a que a cidadania e sustentabilidade do processo de formação tenha em linha de conta a globalidade, a diversidade e a singularidade, princípios que a U.O.R. considera essenciais para a formação de jovens no mundo moderno e global que se vive atualmente (www.angolaformativa.com/pt/centros/universidade-oscar-ribas/ - acesso a 5 de agosto de 2016).

Através deste funcionamento em rede, o que implica a incorporação de valores e estratégias globais, colaborativas e participativas baseadas na criação de estratégias ou ambientes de formação, na valorização dos processos em ambientes de formação global, multidimensionalidade e multiculturalidade, que se torna possível com a implementação de intercâmbio académico de estudantes e docentes.

As atividades científicas e pedagógicas são da responsabilidade dos órgãos de coordenação: o Conselho Científico e o Conselho Pedagógico, que tem como objetivo estimular e promover a investigação e o desenvolvimento da formação, competindo-lhes, em geral, deliberar sobre todos os assuntos de natureza científica e pedagógica, e ainda, em matérias que dizem respeito aos Estatutos das Carreiras Docentes e de Investigação e legislação complementar. O Conselho Científico e o Conselho Pedagógico são compostos por docentes, que representam a Universidade Óscar Ribas e as suas faculdades, nomeadamente, a Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e a Faculdade de Ciências e Tecnologias.

A U.O.R. ministra sete cursos de Licenciatura, sendo quatro em Ciências Sociais e Humanas (Gestão, Psicologia, Direito e Relações Internacionais) e três no domínio das Ciências Exatas (Engenharia Civil, Engenharia Eletromecânica e Engenharia Informática). Cada curso possui um departamento próprio, chefiado e coordenado por professores que também lecionam na instituição. Desde 2013 foram criados cursos de pós-graduação em seis áreas, Gestão Comercial e Marketing, Gestão e Administração de Recursos Humanos, Liderança e Trabalho de Equipa, Gestão e Administração Escolar, e ainda, em Gestão e Administração Autárquica, cursos estes que já têm mais de 100 alunos inscritos. No entanto, estes ainda não foram aprovados pelo Ministério do Ensino Superior (Jornal O País, 2015).

A estrutura física da U.O.R. compõe-se de 9 blocos funcionais (edifícios isolados) que foram sendo construídos desde a abertura/inauguração da universidade em 2007 (Figura 15). O edifício principal possui dois pisos e um andar (R/C, 1º). No 1º andar, encontram-se os gabinetes, do Reitor, do Vice-reitor dos Assuntos Académicos e Pedagógicos, e do Vice-reitor dos Assuntos Científicos e de Extensão Universitária, e respetivas secretárias executivas, e o gabinete do Diretor de G.S.T.I.C. (gestão de sistemas e tecnologias de informação e comunicação). Nos restantes edifícios sobressai o facto de existirem 40 pequenos apartamentos (Figura 15 à direita), que são destinados e partilhados pelos docentes expatriados (na sua maioria, portugueses e cubanos). Apesar de existirem vários laboratórios (de biologia, de física e de química, que são partilhados principalmente

pelos docentes e discentes dos vários cursos), a biblioteca existente num dos edifícios não permite a requisição de livros, quer pelos docentes quer pelos discentes. Este fato pode ser devido à falta de uma base de dados e sua atualização, bem como de outros mecanismos de controlo, para que seja possível a requisição de livros.

Figura 15. Edifício da reitoria e fachada da U.O.R.



Fonte: <https://www.google.pt/search?q=fotos+da+universidade+Oscar+Ribas> – acesso a 10/01/2017

Possui também um edifício em forma de U, com dois pisos e um andar, equipado quase na sua totalidade por salas de aula, 3 anfiteatros e uma sala exclusivamente equipada com computadores, para as aulas de informática e bioinformática. Este edifício tem, ainda, uma sala de professores (no R/C), não havendo gabinetes para os professores. Nesta sala são assinados os sumários e as presenças, em livros de ponto, e é afixada informação para conhecimento geral dos professores. Possui um WC para os homens e outro para as mulheres, mas nem sempre dispõe de água, podendo esta existir apenas num pequeno contentor de água que serve o abastecimento do WC quando não há água nas torneiras e sanitas. Também nem sempre dispõe de eletricidade. No centro da sala dos professores, há uma grande mesa onde os professores podem desenvolver os seus trabalhos, e dois computadores, que nem sempre se encontram ligados à internet. No centro deste edifício, como se pode observar na Figura 16, encontra-se um grande jardim e um pequeno espaço destinado à reprografia da Universidade.

Figura 16. Edifício de salas de aula e a reprografia da U.O.R. no centro



Fonte: <https://www.google.pt/search?q=fotos+da+universidade+Oscar+Ribas> (acesso a 10/01/2017)

Em março de 2016 foi inaugurado um novo edifício (Figura 17). Este edifício possui seis andares e surgiu num espaço que era destinado a estacionamento, reduzindo a movimentação de pessoal docente e não docente. O 6º andar destina-se a habitação arrendada externamente. No 5º andar é destinado a gabinetes para funcionamento das Decanias e dos Departamentos (um departamento por curso). No 4º andar funciona a L.B.S. (Luanda Business School) associada à ‘Cegoc’, uma empresa de consultoria e formação de quadros executivos em Angola, dispõem de 9 salas de formação (com capacidades entre 24 e 52 pessoas). O 1º, 2º e 3º andares são integralmente destinados a salas de aula. O R/C tem o anfiteatro nobre da Universidade (com capacidade para 200 pessoas) e a cantina.

Figura 17. Novo edifício da U.O.R.



Fonte: <https://www.google.pt/search?q=fotos+da+universidade+Oscar+Ribas> (acesso a 10/01/2017)

Em 2016, o corpo docente desta Universidade era constituído por 159 professores de várias nacionalidades: angolana, portuguesa, cubana, americana, espanhola, romena e panameia. Destes, 117 encontravam-se em regime parcial e 42 em regime integral, no que concerne à natureza do vínculo à instituição. Apenas se conhece a distribuição segundo o tipo de contrato ou vínculo institucional, não sendo possível obter dados completos por sexo, nacionalidade, idade, habilitações e categoria (de acordo com pedido realizado em junho de 2016 ao Chefe de Recursos Humanos da U.O.R.).

A Universidade Óscar Ribas graduou entre 2011 e 2016, um total de 2.124 alunos, distribuídos pelos sete cursos ministrados. As turmas com maior volume de alunos inscritos são dos turnos da manhã e da noite, pelo que o turno da tarde deixou mesmo de existir em alguns cursos que não detinham o número mínimo de alunos para garantir e manter a turma, esses alunos tiveram de optar por outro turno de ensino. Entre 2007 e 2014 havia mais alunos a frequentar os turnos da noite e nos últimos dois anos, há mais alunos a estudar de manhã (em contato pessoal com a Diretora dos Serviços Académicos, em janeiro de 2017). Foram disponibilizadas 800 vagas para novos alunos no ano de 2008 e 1.500 vagas, em 2015 e também em 2016. A U.O.R. faculta aulas gratuitas em Engenharias, Matemática, Física e Gestão durante o mês de janeiro, para os estudantes que pretendem realizar os exames de acesso à Universidade (www.uor.ed.ao – acesso a 7 de agosto de 2016).

Nesta instituição de ensino superior (I.E.S.) nunca foi realizada uma avaliação do desempenho docente, assim como na maioria das I.E.S. em Angola (como já referido no *item 4.3* da presente investigação). Sabemos que não existe um modelo uniformizado pelo Ministério do Ensino Superior (M.E.S.), sendo, por isso, o inquérito de avaliação da responsabilidade de cada I.E.S. e inclui a avaliação feita pelos alunos.

Na Universidade Óscar Ribas, pela iniciativa do Departamento de Psicologia, no I semestre de 2010, foi efetuado um inquérito de avaliação, respondido pelos alunos e que supunha a avaliação de quatro parâmetros: 1) a disciplina; 2) o docente dessa disciplina (uma apreciação global); 3) autoavaliação do aluno (sobre a sua pontualidade, assiduidade, participação, interesse pela disciplina e apreciação das aulas); 4) método e meios utilizados para ensino/aprendizagem (indicação de pontos fortes/fracos na instituição). Contudo, os resultados desta avaliação nunca foram divulgados nem a docentes, nem a discentes. Aspetos como este desmotivam os profissionais envolvidos e aqueles que desenvolvem estas iniciativas. O departamento de Psicologia tem sido pioneiro em vários domínios, acaba por “levar a reboque” os outros departamentos, mas só e apenas em aspetos que são

do interesse das hierarquias, como se verificou com esta “tentativa” de avaliação de desempenho.

Uma particularidade sobre a gestão realizada na Universidade Óscar Ribas, é que para que as iniciativas desenvolvidas pelos docentes sejam implementadas e executadas na instituição, são previamente debatidas em reunião com as chefias (reitoria e/ou promotores), os quais muitas vezes “prometem” benefícios ou subsídios que acabam não sendo retribuídos aos docentes. Outras vezes, as propostas são entregues à reitoria, mas não é dado andamento às mesmas. Outras, ainda, em que os assuntos debatidos em reunião entre chefias e docentes são sistematicamente os mesmos e a mudança não é efetiva. Não se observa, ao longo dos anos, a estruturação dos programas de diversas disciplinas e a existência de ‘regentes de cadeira’, assim como incentivos à produção científica para a criação de uma verdadeira revista científica na Universidade³⁸.

Um outro aspeto menos abonatório sobre a gestão praticada na U.O.R. prende-se com o câmbio que aplica para o pagamento de propinas, que é aquele que é praticado pelo mercado informal e não o instituído pelo B.N.A. (Banco Nacional de Angola), assim como a obrigatoriedade de entrega até dia 10 do comprovativo de pagamento da propina, caso contrário é aplicada multa por atraso de pagamento (ainda que esteja efetivamente a propina paga) e ainda a inflação do preço da multa sem aviso prévio. Ocorrências como estas levaram à manifestação de estudantes na universidade e à cobertura televisiva da mesma. O lucro, mais do que a qualidade rege esta instituição (Katúmua, 2015).

5.5. Procedimentos e recolha da amostra

Foi efetuado um pedido de autorização (a 16 de março de 2016) para a recolha de dados à direção da U.O.R. que foi autorizada a 4 de maio de 2016, procedendo-se assim, à aplicação dos questionários e à realização das entrevistas.

A coleta da amostra decorreu ao longo de quase três meses, entre 10 de maio e 20 de julho de 2016. Foi conseguida a cobertura e abrangência dos três turnos de trabalho na universidade, nomeadamente, no período da manhã (das 8h às 13h), no período da tarde (das 13h às 18h) e no período da noite (das 18h às 23h).

Os inquiridos por questionário foram enviados através de correio eletrónico a cada professor, a fim de serem preenchidos no local mais neutro possível, como seja, no conforto

³⁸ Houve uma edição especial (volume 1, nº1) em junho de 2015 editada pela Editora Coisas de Ler, sob o título ‘Sapientiae – Revista Angola de Ciência e Epistemologia. (em contato pessoal com Chefe da Secretaria Académica a 10 de janeiro de 2017).

de suas casas. Esta forma de aplicação do questionário é defendida por Ghighione e Matalon (1992) como reunindo as condições mais favoráveis, porque o inquirido dispõe de tempo suficiente e será onde se sente mais à vontade. Deste modo, reduz-se de sobremaneira a possibilidade de interrupção ou sermos ouvidos por colegas de trabalho, ou até por superiores hierárquicos. Estes autores alertam para o fato de os inquiridos (por questionário ou entrevista) nos locais de trabalho serem problemáticos. Assim, *ao inquirir pessoas no seu local de trabalho é no seu papel de trabalhadores que elas se situam, pelo que, na medida do possível, não se deve utilizar esse lugar quando o tema do inquirido estiver efectivamente ligado à actividade profissional ou às condições de trabalho* (Ghigionne e Matalon, 1992, p. 161).

Tendo em conta os autores supracitados consideramos o fato das entrevistas terem sido realizadas *online* (por Messenger), uma mais-valia para a coleta de informação, sem as interferências inerentes ao contexto de trabalho.

Quanto ao viés introduzido pela investigadora consideramos os seguintes aspetos a ter em conta: a única a colocar as questões; a sua capacidade estratégica de orientação da entrevista pela sua formação em psicologia; a sua formação prática em técnicas de entrevista; os seus conhecimentos teórico-práticos sobre os processos de comunicação e interação interpessoal; a existência de um bom guião de entrevista fundamentado no quadro teórico investigacional e orientado para a consecução dos objetivos previamente delineados; todas as entrevistas foram realizadas em contexto neutro e idêntico para todos participantes e ainda, consideramos ter sido primordial a realização do pré-teste para a adequação das questões e para o conhecimento sobre o tempo médio de concretização de cada entrevista.

Foram dadas as seguintes instruções antes do preenchimento de cada questionário e para a realização das entrevistas:

- pediu-se a leitura e rubrica de um termo de consentimento livre esclarecido;
- pediu-se a colaboração e cooperação no preenchimento de um questionário e duas escalas;
- explicou-se a razão e o objetivo da aplicação do questionário e das respetivas escalas, assim como a natureza e importância do problema a investigar;
- referiu-se que os instrumentos utilizados faziam parte de uma investigação académica, nomeando a instituição responsável e investigadores a cargo;
- apresentou-se abreviadamente a natureza, estrutura e forma de resposta ao questionário e às escalas, ou seja, instruções de preenchimento para cada parte do mesmo;

- elucidou-se sobre a não existência de respostas certas ou erradas e que apenas se pretendia aferir opiniões, atitudes ou satisfação;
- explicou-se a existência de uma declaração formal da confidencialidade das respostas e da natureza anónima do questionário;
- pediu-se a verificação de todas as respostas no final do preenchimento de cada questionário, para evitar a anulação por omissão de alguma;
- pediu-se a colaboração e disponibilidade para responder a uma pequena entrevista de carácter individual e profissional, informando sobre o tempo estimado para o efeito;
- indicaram-se possíveis dias e horários para a realização da entrevista;
- solicitou-se a indicação do melhor dia e horário para a realização da entrevista.

Agendaram-se as entrevistas mediante a disponibilidade indicada pelos professores via correio eletrónico ou Messenger. Nos dias acordados realizaram-se, através do Messenger, as entrevistas aos professores que manifestaram interesse e vontade na colaboração e realização da entrevista. Posteriormente, para garantir a efetividade da análise de conteúdo dos relatos dos entrevistados, realizou-se a transcrição integral das entrevistas.

Confirmou-se uma grande colaboração por parte dos professores, mas não pudemos realizar as entrevistas aos professores que não entregaram o questionário ou quando este não estava integralmente preenchido.

O método de amostragem selecionado foi uma amostragem não causal, por conveniência. Este tipo de amostragem tem a vantagem de facilitar o acesso aos sujeitos da amostra, tornando o processo mais rápido. Contudo, e como acontece em qualquer investigação, possui desvantagens, que neste caso se prendem com a impossibilidade dos dados serem extrapolados com confiança (Hill e Hill, 2005). Este tipo de amostragem é também denominado de acidental, por Moroco e Bispo (2003). Para estes autores a razão entre a dimensão da amostra (n) e o número de sujeitos na população (N) designa-se por taxa de amostragem ($= n/N \times 100\%$).

A nossa taxa de amostragem é de 35,2% uma vez que, 56 dos 159 professores colaboraram de forma voluntária no estudo. No que diz respeito à taxa de recusas (5,1%), apenas 3 dos professores convidados a participar recusaram o preenchimento do questionário: um alegou pressa, outro cansaço e outro referiu não poder falar devido ao contrato que tinha com o governo. Todos os que preencheram o questionário realizaram também a entrevista, tendo-se mostrado colaboradores e muito interessados na pesquisa e nos seus resultados. Todavia, no decorrer das entrevistas, verificamos algum receio nas

respostas, talvez por receio de represálias, tendo sido necessário sublinhar a natureza confidencial de todo o processo investigacional e de todos os dados coletados.

5.6. Caracterização da população

A população ou universo corresponde à totalidade das observações (Rosental e Frémontier-Murphy (2001) que podem ser relativas a um dado problema (Pereira, 1999). O conjunto de todos os elementos da população designa-se por população teórica, dada a impossibilidade de aceder à totalidade de elementos. Numa investigação é selecionada uma parte ou subgrupo que se designa por *população de estudo ou população alvo* (Moroco e Bispo, 2003, p. 77). Esse subgrupo ou população alvo é também denominado de amostra, sendo selecionada ou colhida para se obterem informações relativas às características desse universo. O processo de definição da amostra designa-se por amostragem (Pereira, 1999).

A população ou universo da nossa investigação abrange o número total de professores que lecionavam na U.O.R., no momento da recolha de dados, ou seja, no período compreendido entre 10 de maio e 20 de julho de 2016. Este número compreende 159 professores de diferentes nacionalidades, incluindo os três turnos de ensino (manhã, tarde e noite) e os diferentes departamentos de ensino: Gestão, Psicologia, Direito, Relações Internacionais e Engenharias (Civil, Informática e Eletromecânica).

5.7. Notas conclusivas

Neste capítulo foram descritos os pressupostos metodológicos inerentes a esta pesquisa. Escolhemos uma metodologia mista por permitir a integração de técnicas quantitativas e qualitativas, o que consideramos ser mais oportuno atendendo aos objetivos delineados inicialmente. Assim, como no suporte teórico, nomeadamente na Psicodinâmica do Trabalho, se privilegia a entrevista como meio de aprofundar as vivências positivas e negativas, de prazer ou sofrimento geradas pelo trabalho dos professores universitários, foi usado um inquérito por entrevista.

Utilizamos um inquérito por questionário, para conhecer as características sociodemográficas e profissionais dos inquiridos, duas escalas de resposta tipo Likert – a E.P.S.T. (Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho e a E.S.R.T. (Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho) - e uma entrevista semiestruturada com 4 grupos de questões. Cada um destes instrumentos foi descrito para que fosse perceptível o que pretende medir, como fazer a aplicação e a cotação que permite posteriormente fazer uma análise de

resultados. Também, os procedimentos foram pormenorizadamente descritos para facilitar a compreensão e o exame da intervenção do pesquisador no contexto ou no local de estudo.

Todos os instrumentos foram testados mediante um pré-teste, que se revelou muito útil para a averiguação do tempo de aplicação e sobre a adequação das perguntas. Este pré-teste realizou-se no Instituto Superior Politécnico Independente (I.S.P.I.) e a recolha da amostra ocorreu na Universidade Óscar Ribas (U.O.R.).

Por fim, foi caracterizado o local de estudo e a população do estudo. No próximo *item* desta tese, será caracterizada a amostra e o perfil dos entrevistados, e ainda, serão apresentados e analisados os resultados.

Capítulo 6. Apresentação, análise e discussão dos resultados sobre a saúde, o sofrimento e o trabalho docente na Universidade Óscar Ribas

Neste capítulo, são apresentados os resultados da investigação realizada. Procuramos descrever e demonstrar as relações existentes entre a saúde e o trabalho, as vivências de prazer e de sofrimento que os professores da Universidade Óscar Ribas apresentam, assim como se analisa o tipo de sintomas daí decorrentes. Os resultados obtidos são ainda analisados e discutidos à luz de outras pesquisas nacionais e internacionais.

6.1. Caracterização da amostra

Do universo (n=159) que constituía a população em estudo, coletou-se uma amostra de 56 professores que responderam voluntariamente ao inquérito por questionário e ao inquérito por entrevista semiestruturada.

Para a seleção da amostra foram usados como critérios de inclusão ser professor universitário e lecionar na U.O.R. em qualquer curso e regime de contrato, em qualquer turno e estar afeto a qualquer departamento, para garantir uma amplitude e representatividade dos elementos em estudo. Pode considerar-se como critério de exclusão o trabalhar na U.O.R. e não exercer a atividade docente. São consideradas ausências, os professores, que por motivos alheios (*e.g.*, doença) não se encontravam na instituição durante o período da recolha da amostra. Deste modo, pensamos que não é idêntica a probabilidade de cada elemento da população pertencer à amostra, o que caracteriza uma amostragem de tipo não aleatório ou não-probabilística, também denominada de acidental ou de conveniência por ser constituída por elementos que acidentalmente participaram no estudo (Pereira, 1999; Moroco e Bispo, 2003) ou por questões de ordem prática de acessibilidade dos elementos ao pesquisador (Fonseca *et al.*, 2008).

Como já foi mencionado, a amostra foi constituída por 56 professores universitários, que em 2016 lecionavam na Universidade Óscar Ribas representando 35% do universo. Todos os professores da amostra residiam na província de Luanda.

6.1.1. Perfil pessoal dos inquiridos

Neste sub-*item*, são apresentadas as características pessoais dos participantes do estudo (Quadro 24 e Quadro 25).

Quadro 24. Distribuição dos participantes por nacionalidade, estado civil e número de filhos

Nacionalidade	N	%	Estado Civil	N	%	Número Filhos	N	%
Angolana	38	68	Solteiro	15	27	Nenhum	9	16
Portuguesa	10	18	Casado	31	55	1-2	32	57
Cubana	4	7	Divorciado	3	5	3-4	11	20
Outra	4	7	Vive maritalmente	7	13	>=5	4	7
TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por questionário realizado aos professores da U.O.R.

Verificamos que a amostra foi constituída predominantemente por docentes de nacionalidade angolana (68%), seguindo-se a nacionalidade portuguesa (18%) e com apenas (7%) a nacionalidade cubana e outra nacionalidade, que representam respetivamente um professor de cada uma das seguintes nacionalidades: do Panamá, da Roménia, dos Estados Unidos e de Espanha.

O estado civil predominante na nossa amostra é o casado (55%), seguindo-se os solteiros (27%). Relativamente ao número de filhos, a maioria tem um ou dois filhos representando 57% da amostra.

Os dados do Quadro 25 revelam que a amostra seleccionada era constituída sobretudo por professores universitários do sexo masculino (64%).

Quadro 25. Distribuição dos participantes por sexo, idade e habilitações literárias

Sexo	N	%	Idade	N	%	Habilitações	N	%
Feminino	20	36	23-30	10	18	Licenciado	24	43
Masculino	36	64	31-40	18	32	Pós-graduado	8	14
			41-50	20	36	Mestrado	17	30
			>= 51	8	14	Doutorado	7	13
TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por questionário realizado aos professores da U.O.R.

Relativamente à faixa etária, metade da amostra revelou ter mais de 41 anos de idade.

Ao nível das habilitações literárias, a maioria dos participantes possuía a licenciatura (43%), seguindo-se os professores detentores de mestrado (30%).

Constatou-se através do cruzamento das avariáveis patentes nos dois Quadros que os docentes mais qualificados são os portugueses (30%), confirmando a falta de quadros nacionais qualificados e a necessidade de contratação de estrangeiros. Contudo, esta realidade tem vindo a alterar-se ao longo dos anos, verificando-se um aumento do corpo docente angolano (Teta, 2009; Carvalho, 2012; Mendes, 2016).

O sexo com mais habilitações literárias é o masculino (14%), confirmando os dados do I.N.E. (2013) que indicava que as mulheres angolanas são, em média, menos 25% alfabetizadas que os homens. Por seu turno, os docentes mais velhos são os mais qualificados, uma vez que entre os 23 e os 30 anos a graduação máxima é a pós-graduação em 38% dos docentes e entre os 41 e os 50 anos, 57% são doutorados.

Adite-se ainda que são os angolanos que apresentam um maior número de filhos, uma vez que 11% destes têm 5 ou mais filhos e nenhuma outra nacionalidade refere ter mais de 4 filhos. Estes dados confirmam a literatura analisada a respeito da taxa de fecundidade total indicando que cada mulher angolana tem em média 6 filhos (P.N.U.D., 2015a; Serra *et al.*, 2015). Como os inquiridos possuem um nível de instrução acima da média do país, é natural que evidenciem um número médio de filhos um pouco mais baixo.

A maioria dos docentes são casados, em todas as nacionalidades, sendo os angolanos os que apresentam uma maior percentagem de indivíduos a viver maritalmente (16%). Este fato pode justificar-se por dois motivos: no sistema cultural tradicional angolano, a família tradicional angolana é geralmente numerosa, podendo ser poligâmica (Valente, 2001); no Direito da Família a união de fato tem relevo constitucional, estando prevista a proteção da família pelo Estado quer esta se funde no casamento quer em união de fato (art.35º da Constituição de Angola de 2010), sendo a união de fato no direito angolano definida como *o estabelecimento voluntário de vida em comum entre um homem e uma mulher* (art.112º do Código da Família).

6.1.2. Perfil profissional dos inquiridos

Neste sub-*item*, são apresentadas as características e informação profissional dos participantes do estudo (Quadro 26 e Quadro 27).

Quadro 26. Distribuição dos participantes por tempo de serviço, carga horária e turno de trabalho

Tempo Serviço	N	%	Carga Horária	N	%	Turno de Trabalho	N	%
0-5	22	39	4 -10	21	38	Dia (Manhã e tarde)	13	23
6-15	23	41	11-16	24	42	Noite	4	7
>=16	11	20	17- 30	11	20	Misto	39	70
TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por questionário realizado aos professores da U.O.R.

Os dados do Quadro 26 revelam que a maioria dos professores universitários que lecionam na U.O.R., tem entre 6 e 15 anos de tempo de serviço (41%), seguindo-se os que detêm menos tempo de serviço, até 5 anos, com 39%. Em relação à carga horária, a maioria dos professores (80%) leciona no máximo até 16 horas semanais e apenas 20% leciona entre 17 e 30 horas semanais.

No que respeita aos turnos de trabalho, verificamos que a maioria dos professores inquiridos leciona em dois ou mais períodos (70%), isto é, acumula o turno da manhã com o turno da noite ou um turno da tarde com o turno da noite e, portanto, leciona em período diurno e noturno, o que se considera neste estudo, como lecionar em turno misto. Apuramos que 23% dos professores da nossa amostra, lecionam apenas no período diurno (manhã e tarde, ou só manhã ou só tarde) e que 7% leciona somente no período noturno.

Quadro 27. Distribuição dos participantes por departamento/curso em que lecionava, tipo de contrato e exercício de cargos de gestão na instituição

Curso	N	%	Contrato	N	%	Cargos de Gestão	N	%	Outro Emprego	N	%
Gestão	10	18	Integral	20	36	Não	46	82	Não	20	36
Psicologia	11	20	Parcial	36	64	Sim	10	18	Sim	36	64
Direito	10	18									
R.I.	8	14									
Engenharia	17	30									
TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por questionário realizado aos professores da U.O.R.

Os dados do Quadro 27 indicam que a maioria dos professores universitários, que participaram na pesquisa lecionavam no curso de Engenharia³⁹ (30%), seguindo-se o curso de Psicologia (20%) da amostra e em equidade numérica (18%) seguem-se os cursos de Gestão e Direito. Por fim, encontra-se o curso de Relações Internacionais (R.I.) que conta com uma participação de 14%.

No que respeita ao tipo de contrato havia predominância do contrato a tempo parcial (64%), ou seja, o regime em que são integrados os professores colaboradores (“horistas”), aqueles que apenas dão aulas, e que são remunerados aula/hora. Quanto ao tipo de contrato

³⁹ A maioria destes professores lecionam no curso de Eng.^a Informática (13%), seguindo-se a Eng.^a Civil (10%) e por fim a Eng.^a Eletromecânica (7%). Estas informações foram colhidas através dos questionários sociodemográficos. Por uma questão de tratamento de dados e análise estatística agruparam-se estas pequenas parcelas em um só grupo, das Engenharias. Salientamos que nestes cursos a maioria das aulas acontece fora do espaço da Universidade, uma vez que estes cursos exigem uma componente prática forte e as aulas práticas realizam-se em laboratórios ou correspondem a visitas a locais, ou empresas apropriadas à leção dos conteúdos programáticos, nomeadamente sobre estruturas e materiais.

em regime de tempo integral (36%), refere-se a professores que colaboram em atividades acadêmicas não letivas, como por exemplo, cargos de gestão a nível dos departamentos.

Quanto ao exercício de cargos de gestão, verificamos que apenas 18% dos participantes deste estudo realizavam atividades de gestão ao nível dos departamentos de ensino a que estavam afetos, ou possuíam cargos administrativos de apoio à reitoria. Os restantes 82% representam os professores que não exerciam cargos de gestão na U.O.R. e representavam a maioria da nossa amostra.

Verifica-se ainda que, a maioria (64%) dos professores universitários que lecionavam na U.O.R. possuíam outra atividade profissional, podendo ser de docência noutra instituição, de gestão de empresa própria ou por conta de outrem, acumulando a atividade docente com a realização de outra profissão.

Ao cruzarmos estas variáveis conclui-se que os docentes cubanos eram os que detinham mais tempo de serviço (50%) seguindo-se os portugueses (20%), fato que confirma que a carreira docente é recente para muitos angolanos e a necessidade de contratação de docentes estrangeiros, por falta de quadros qualificados. São os docentes estrangeiros que na sua maioria detêm os contratos a tempo integral, ou regime de efetividade, uma vez que 30% dos portugueses e 50% dos que possuem outra nacionalidade se enquadram neste regime laboral, sendo estes também os que exercem os cargos de gestão. Em termos de tempo de serviço não há diferença entre os sexos, uma vez que 20% das mulheres e 19% dos homens, lecionam há mais de 16 anos.

São, no entanto, as mulheres que possuem uma carga horária mais elevada, pois 30% das mulheres e apenas 14% dos homens lecionam entre 17 a 30 horas semanais. Tal fato pode dever-se por 25% das mulheres exercerem cargos de gestão na U.O.R. e apenas 14% dos homens realizar este tipo de funções. Assim, as mulheres acumulam horas de trabalho de gestão com o número de horas de aulas a lecionar, às quais deverá associar-se o trabalho doméstico que sobrecarrega mais este género (Hirata e Kergoat, 2007; Hirata, 2010).

O turno de trabalho misto (diurno e noturno) é partilhado entre homens (75%) e mulheres (60%), porém o turno noturno é apenas lecionado por homens (11%), fato este que poderá fortalecer a ideia de divisão sexual do trabalho defendida pelas autoras supracitadas, em que o trabalho doméstico e o cuidado dos filhos sobrecarrega principalmente a mulher. Por outro lado, será que pelo fato das mulheres terem uma situação mais estável lhes permite poderem optar pela não lecionação no período noturno? Na realidade, são as mulheres (40%) que detêm a maioria dos contratos a tempo integral,

ou seja, consideradas trabalhadoras efetivas com vínculo à instituição e, por isso, são elas as que exercem na sua maioria os cargos de gestão na U.O.R..

São os homens (67%) que na sua maioria exercem uma atividade profissional noutra local além da U.O.R., e são de nacionalidade angolana (73%), demonstrando que para muitos a atividade docente não é a sua profissão/atividade principal, sendo um complemento ao salário. Silva (2009) compara os docentes universitários a “garimpeiros”, confirmando o motivo pelo qual são os homens os detentores de contrato a tempo parcial, exercendo uma colaboração de hora/aula (Chauí, 2003; Silva, 2004; Cunha, 2005; Léda, 2006; Amorim, 2009; Siqueira, 2009; Gonçalves, 2010; Lima, 2012; Santos *et al.*, 2014).

6.1.3. Prática de atividades e percepção sobre a sua saúde

Relativamente a outro tipo de informações, salientam-se a prática do lazer e a percepção sobre a saúde (Quadro 28). No que concerne ao tempo de lazer, o Quadro 28 revela que a maioria dos participantes da nossa pesquisa (61%) dispõe de 3 horas ou mais horas semanais para atividades de lazer, ou para a realização de um *hobbie*. Apenas 4% dos inquiridos revelou não dispor de tempo para lazer e uma pequena parte (34%) revelou que semanalmente retira uma a duas horas para lazer ou para a realização de um *hobbie*.

Quadro 28. Distribuição dos participantes de acordo com a existência de tempo para lazer, tempo para atividades desportivas e a percepção sobre a saúde atual

Tempo de lazer	N	%	Tempo para desporto	N	%	Percepção atual de saúde	N	%
>=5h	19	34	>=5h	3	5	Muito Boa	7	13
3-4h	15	27	3-4h	12	21	Boa	29	52
1-2h	19	34	1-2h	21	38	Razoável	17	30
Nenhum	3	4	Nenhum	20	36	Má	3	5
TOTAL	56	100	TOTAL	56	100	TOTAL	56	100

Fonte: Inquérito por questionário realizado aos professores da U.O.R.

Quanto ao tempo despendido semanalmente para atividades desportivas, grande parte dos professores (38%) da U.O.R. praticava semanalmente entre uma a duas horas de desporto, mas 36% referiu não realizar qualquer atividade desportiva e apenas 26% revelou que realiza três ou mais horas de desporto semanais.

Foi também questionada a sua perceção atual sobre a sua saúde e a maioria (52%) revelou ter uma “boa” saúde, seguindo-se os professores que percecionaram a sua saúde como “razoável” (30%). Apenas 5% consideraram ter uma “má” saúde. Salientamos que no que diz respeito à perceção individual dos professores a sobre a saúde atual, nenhum referiu deter uma “muito má” saúde.

Ao cruzarmos as variáveis do Quadro 28 com algumas das principais variáveis pessoais constata-se que os docentes portugueses eram os que tinham mais tempo para atividades de lazer (40%) e para realizar desporto (40%). Os docentes de todas as nacionalidades percecionam a sua saúde atual como boa, sendo a nacionalidade angolana a que se destaca mais positivamente (53%). As mulheres tinham menos tempo para lazer (25%) do que os homens (39%), contudo investiam mais em atividades desportivas (10% *versus* 3% para os homens). Da maioria dos docentes que percecionaram a sua saúde atual como “boa” destacaram-se os homens com 56% *versus* 45% para as mulheres. As mulheres manifestaram mais deter uma “má saúde” (10% *versus* 3% para os homens).

6.1.4. Perfil dos entrevistados

Todos os professores que voluntariamente participaram nesta pesquisa, num total de 56, e que compõem a amostra, foram inquiridos através de uma entrevista semiestruturada. Assim, podemos traçar um perfil dos professores universitários que trabalham na Universidade Óscar Ribas e que possuíam as seguintes características: eram de nacionalidade angolana, de residência em Luanda, do sexo masculino, com idade compreendida entre os 41 e os 50 anos, com estado civil de casado, com um ou dois filhos, tinham uma licenciatura, entre 6 a 15 anos de tempo de serviço, de carga horária semanal entre 11 a 16 horas letivas, lecionação simultânea nos períodos diurno e noturno, possuíam um vínculo laboral enquanto professor colaborador ou em regime de tempo parcial (aula/hora), não exerciam cargos de gestão, mas tinham uma outra atividade profissional, como docência noutra I.E.S., despendiam semanalmente, em média, 3 horas para atividades de lazer e 1 ou 2 horas para atividades desportivas, o que contribuía para um estado de saúde atual considerado bom.

6.2. Análise de conteúdo das entrevistas

Para a realização da análise de conteúdo do inquérito por entrevista semiestruturada, foi elaborada uma matriz (ver Quadro 29), por forma a categorizar as questões e poder

analisá-las com maior rigor e cientificidade. Segundo Bardin (2015) a análise das comunicações implica uma codificação, que corresponde a uma transformação dos dados “em bruto” do texto, que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, que permite esclarecer o investigador acerca das características do texto. Após a transcrição das entrevistas, todo o material foi objeto de uma pré-análise para sistematizar as ideias iniciais e posteriormente foram definidas as categorias que, segundo Bardin (2015), representam sistemas de codificação.

A matriz usada é composta por 3 categorias e subdivide-se em 11 subcategorias, como se pode observar no Quadro 29.

Quadro 29. Categorias e subcategorias utilizadas na matriz

Categoria	Subcategoria
Trabalho	Condições de trabalho
	Organização do trabalho
	Ambiente de trabalho
	Relações socioprofissionais (com: chefias, colegas e alunos)
	Prestígio social da profissão
Saúde	Realização Profissional
	Liberdade de Expressão
	Tipo de estratégias/G.R.R. (no trabalho e na vida em geral)
	Personalidade/S.O.C. (caraterísticas)
Sofrimento	Esgotamento (emocional, mental e físico)
	Falta de Reconhecimento (por parte de: chefias, colegas e alunos)

Fonte: Elaboração própria com base em Bardin (2015).

A matriz é constituída por seis colunas que representam os seguintes *itens*: categorias, subcategorias, unidade de registo, unidade de contexto, enumeração e semântica (Quadro 30).

Na coluna “Categorias” foram tidos em conta os grandes temas tratados na entrevista enquanto na coluna “Subcategorias” colocaram-se as questões tratadas dentro de cada categoria. Por seu turno, na coluna “Unidade de Registo” foram organizados os segmentos de conteúdo a considerar como unidade de base. Tendo em vista a categorização e a contagem das frequências, optou-se por fazer recortes com base em palavras e na coluna “Unidades de Contexto” podem observar-se as respostas ou narrativas dos inquiridos. Seguidamente, na coluna “Enumeração” foram contabilizados os registos das narrativas e a opinião do entrevistado sobre o tema da subcategoria analisada. Por último, foi ponderada a frequência do sentido da narrativa, ou seja, se a narrativa tinha uma valoração positiva,

negativa ou neutra, o que nos permitiu conhecer o sentido/significado das narrativas dos inquiridos, ou seja, a sua “semântica”.

Quadro 30. Matriz de categorização das entrevistas realizadas aos docentes da U.O.R. com um exemplo para a categoria Trabalho

Categoria	Subcategoria	Unidade de Registo	Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
Trabalho (...)	Condições de trabalho (...)	(...) <i>as condições são más</i> (...) E.1	<i>Más! As salas têm muita gente a trabalhar ao mesmo tempo, as condições são más na parte física, em termos de equipamentos também (...)</i> E.1	Más – 21 (37%)	Negativo – 21 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base em Bardin (2015).

Com base nesta matriz, foram analisados os inquiridos por entrevista semiestruturada, de 56 professores que lecionavam na Universidade Óscar Ribas (U.O.R.) entre 10 de maio e 20 de julho de 2016.

Apresentamos em seguida a análise de conteúdo de cada categoria e respetivas subcategorias, procurando espelhar além do conteúdo manifesto, o conteúdo latente em cada narrativa.

6.2.1. Análise da categoria “Trabalho”

A categoria “Trabalho” encontra-se subdividida em 5 subcategorias: condições de trabalho, organização do trabalho, relações socioprofissionais e prestígio social da profissão.

Na Psicodinâmica do Trabalho de Dejours (1992) o trabalho é considerado a via de descarga da energia psíquica do trabalhador, que por processos de sublimação encontra no campo social a sua expressão permitindo a construção da sua identidade e realização. Dependendo da relação que o trabalhador estabelece com o seu trabalho, este favorece a vivência do prazer (se a energia investida encontra no trabalho forma de se expressar e autorrealizar) ou do sofrimento (quando ocorre um bloqueio dessa energia, resultando em tensão e angústia).

6.2.1.1. Subcategoria “Condições de Trabalho”

Começamos pela subcategoria “Condições de trabalho” definida por Dejours (1992), pelas características relacionadas com o conteúdo ergonómico do trabalho, como as exigências físicas, químicas, biológicas, condições de higiene, segurança e ainda características antropométricas do posto de trabalho, que se repercutem sobre as condições físicas do trabalhador.

Esta subcategoria pretende analisar as respostas dos docentes à seguinte questão: *Como avalia as condições de trabalho na U.O.R.?*, sendo pedido um esclarecimento sobre o posicionamento entre “boas” ou “más”. Estas palavras foram consideradas “unidades de registo” e posteriormente enumeradas, como se pode observar no Quadro 31.

Quadro 31. Perceção que os docentes possuem sobre as suas condições de trabalho

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Boas! As condições de trabalho são boas. Tem equipamentos necessários, as salas têm boa qualidade, os quadros e a iluminação é constante (...). E.6</i>	Boas – 35 (63%)	Positivo – 20 (57%)
<i>Boas! Mas há falhas, por exemplo de equipamentos, faltam projetores, todas as salas e auditórios deveriam ter e não têm (...) acaba dificultando o trabalho dos professores (...) a universidade também falha quando pedimos algo e não se dá ouvidos, ninguém faz nada para melhorar o nosso trabalho. E.9</i>		Negativo – 15 (43%)
<i>Más! Salas com muita gente a trabalhar ao mesmo tempo, as condições são más na parte física, em termos de equipamentos também (...). E.1</i>	Más – 21 (37%)	Negativo – 21 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R.

Verificou-se que a maioria dos docentes (n=35; 63%) considera as condições de trabalho “boas” e nas suas narrativas encontraram-se aspetos positivos em relação às condições e equipamentos necessários ao exercício profissional. Porém, outros fazem-nos por comparação a outras universidades, como podemos observar nas suas narrativas.

São boas, porque tem as condições essenciais para o desempenho da atividade académica, que é a natureza da instituição, bem como para a afirmação profissional. (E.55, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Boas! E digo-o por comparação com outras instituições onde trabalhei em Luanda, onde as condições eram péssimas (Universidade de Belas - Unibelas). Acho que tem bom ambiente físico, equipamentos e instrumentos de trabalho (E.3, homem, entre os 41 e os 50 anos, português, doutorado, docente do curso de Psicologia).

São boas, pois conheço outras universidades em Luanda e a UOR é das poucas que dá condições mínimas de trabalho aos seus funcionários (E. 48, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Alguns dos docentes (n=15; 43%) que indicaram as condições de trabalho como sendo boas, nas suas narrativas espelham aspetos considerados negativos, uma vez que apontam falhas no espaço físico e no apoio organizacional, e enumeram a falta de equipamentos e de instrumentos de trabalho:

Bom, porém, o ambiente físico deve melhorar. Os equipamentos informáticos são insuficientes e o suporte organizacional acho que deveria ser revisto para ter maior eficiência! (E.10, homem, com mais de 50 anos, cubano, mestre, docente do curso de Eng^a Informática).

Bom, porque o ambiente físico é bom, relativamente às infraestruturas, mas ao nível de equipamentos verifica-se um défice. Falo da minha área, por exemplo, na falta de materiais nos laboratórios (E.17, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, professor do ensino médio e docente do curso de Engenharia Eletromecânica).

Bom, mas tem aspetos a melhorar. No ambiente físico acho que o estacionamento é caótico e tem vindo a piorar (...) também não temos uma sala para trabalhar adequadamente. A sala dos professores é muito barulhenta e não dispõe de computadores suficientes (E.56, mulher, com mais de 50 anos, angolana, mestre, advogada, docente do curso de Direito).

O que verificamos nestas narrativas, demonstra o tipo de condições em que se desenvolve o trabalho docente na U.O.R., isto quer dizer que não existem gabinetes individuais e nem para cada dois docentes para poderem trabalhar. E a sala de professores existente, é para todos os docentes da universidade.

Quanto aos que consideraram as condições de trabalho como más (n=21; 37%), as suas narrativas, também apontam falhas de equipamentos e de instrumentos de trabalho, assim como fracas condições físicas, onde se observou a indicação da sobrelotação dos espaços de trabalho e das salas de aula, e muito barulho, como sendo fatores dificultadores do desempenho profissional.

Más! Salas com muita gente a trabalhar ao mesmo tempo, as condições são más na parte física e em termos de equipamentos também. Por exemplo, estamos há dois meses à espera de um tinteiro (...) (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

Mau. Há várias falhas ao nível do ambiente físico, em equipamentos e instrumentos de trabalho (...) nas salas de aula, a temperatura é muitas vezes inadequada e não há comando para a controlar, isto quando estão a funcionar, pois os AC's também carecem de manutenção, por isso avariam ou são demasiado ruidosos; não há apagador e marcadores para os quadros, cada professor tem de ter o seu, o mesmo

acontece com o projetor, e ainda, as salas são sobrelotadas, as turmas são demasiado grandes para que se consiga lecionar, especialmente ao nível do 1º ano e do 2º ano. (E.54, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, docente em duas I.E.S., docente do curso de Psicologia).

São más. A própria sala dos professores não oferece condições mínimas. Na casa de banho não tem água, falta impressora, falham muitas coisas que não permitem que façamos o nosso trabalho (...) nas salas não temos como regular o ar condicionado e faltam marcadores (...) o estacionamento é muito complicado (...) (E.4, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Más! Existem debilidades organizacionais e deficiências na gestão de alguns instrumentos de trabalho, como por exemplo, os projetores, ou não há ou estão sem condições, as atas de provas nem sempre estão disponíveis á data em que são necessárias e isso causa transtorno no nosso trabalho, depois não sabemos quais os alunos que podem ou não realizar a prova, enfim, há muita coisa a falhar! (E.11, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, oficial de sistemas de telecomunicação e docente do curso de Engenharia Eletromecânica).

Ao nível das condições de trabalho na U.O.R. verificou-se que 63% dos docentes as avaliou como boas e 37% como más. Contudo, 43% dos docentes que consideraram boas as condições de trabalho na U.O.R., nas suas narrativas indicavam os mesmos aspetos que os docentes que as consideravam más, sobressaindo o fraco apoio organizacional, as falhas em equipamentos e em instrumentos de trabalho. Será que não se sentiram à vontade para exprimir de forma espontânea uma opinião negativa, com medo de represálias? Ou, será que estão condicionados pelas condições gerais de vivência em Angola?

Por estes motivos, consideramos que apenas 36% considera “boas” as suas condições de trabalho e os restantes consideram-nas “más”. Não obstante, parece que comparativamente com outras I.E.S. existentes em Luanda, a U.O.R. se destacava pela positiva. A importância da avaliação das condições de trabalho prende-se com o impacto que estas podem exercer ao nível da saúde do trabalhador, particularmente a saúde física e acelerar o processo de envelhecimento (Bellusci e Fischer, 1999; Odebrecht, 2003; Franco, 2004; Azevedo e Lobo, 2013).

Percebemos através da análise das narrativas desta subcategoria que são os docentes de nacionalidade angolana e de sexo masculino, os que consideram ter “boas” condições de trabalho. Por outro lado, são os docentes portugueses e de sexo feminino que apontam mais falhas e debilidades nas condições de trabalho.

6.2.1.2. Subcategoria “Organização do trabalho”

Passando para a análise da subcategoria “Organização do trabalho”, importa recordar que segundo Dejours e Abdoucheli (1994) se subdivide em “divisão do trabalho” (distribuição de tarefas, ritmo e o modo de as realizar), e “divisão de homens” (partilha de responsabilidades, produtividade esperada e regras formais e informais). Sendo assim, comporta o conteúdo significativo do trabalho ou, por outras palavras, é aquilo que o trabalho representa para o trabalhador/docente, que poderá ou não identificar-se com a tarefa que realiza. Por este motivo, enquanto as condições de trabalho afetam o corpo (físico) do trabalhador, a organização do trabalho exerce maior influência/pressão sobre o aparelho psíquico (Franco, 2004; Azevedo e Lobo, 2013). Tendo por base estes pressupostos, foi considerada a análise das respostas dos docentes, à seguinte questão: *Como avalia a organização do trabalho na U.O.R.?* Foi pedido um posicionamento entre “boa” ou “má”, palavras estas que foram consideradas “unidades de registo” e posteriormente enumeradas (Quadro 32).

Quadro 32. Perceção dos docentes sobre a organização do trabalho na U.O.R.

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Boa! Considero boa, porque o ritmo de trabalho é adequado, a distribuição de tarefas e modo de realizar é organizado, em relação a outros locais onde já lecionei. E.6</i>	Boas – 35 (63%)	Positivo – 28 (80%)
<i>Boa, mas precisamos melhorar alguns aspetos para melhorar o funcionamento geral das coisas, por exemplo, as regras em relação à distribuição das tarefas e como as realizar ou não, não são claras, mudam constantemente (...). E.12</i>		Negativo – 7 (20%)
<i>Considero má! Há falta de profissionalismo e comprometimento nas boas práticas de gestão. E.13</i>	Más – 21 (37%)	Negativo – 21 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R.

Constatou-se que 35 (63%) dos docentes considera a organização do trabalho “boa”, pelo que nas suas narrativas se encontraram adjetivos positivos como “organizada”, “adequada”, “flexível”, “não há pressão”, e “há liberdade”.

Boa! Sinto que tenho liberdade para fazer o meu trabalho à minha maneira. São flexíveis, há liberdade para elaborar o programa de disciplina, para dar as aulas da forma que acho melhor e não sinto interferências na minha forma de fazer as coisas (E.9, mulher, entre os 31 e os 40 anos, romena, mestre, gestora de uma empresa e docente no curso de Gestão).

Boa, considero boa, porque não há pressões, o ritmo de trabalho é bom e as tarefas são distribuídas com a devida antecedência (E.16, homem, entre os 41 e os 50 anos,

angolano, mestre, docente em duas I.E.S., docente do curso de Relações Internacionais).

Boa, acho que o ritmo de trabalho é adequado, as informações são conhecidas com tempo para serem aplicadas. Não há pressões nem críticas à forma como as tarefas são distribuídas (E.20, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, trabalha numa fábrica, docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).

Contudo, os adjetivos, “não há pressão” e “liberdade” são apontados como aspetos negativos e criticáveis na organização de trabalho na U.O.R., pelos docentes que classificam a organização do trabalho na U.O.R., como “má” e “desorganizada” (n=21; 37%). Vejamos algumas das narrativas.

Má! A universidade dá liberdade para criarmos os nossos próprios programas para as disciplinas, porém isso não sei se será positivo pois acontece que diferentes disciplinas terem conteúdos idênticos. Já se reuniu e debateu sobre este assunto, porém nada mudou (...) isso também desmotiva, mas não interferem na forma como damos as aulas e como fazemos o nosso trabalho, não há pressão e há cooperação entre colegas, principalmente dentro do departamento (E.22, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

Má, é quase tudo do critério do professor principalmente o modo de realizar as tarefas, embora isso seja, em parte, bom! Mas não há controlo. Muitos não fazem o que deviam fazer, isso porque ninguém fica perto ou acompanha para depois se cobrar o que devia ter sido feito (E.24, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, licenciada, docente do curso de Eng.^a Informática).

Má! Eu dou as minhas aulas conforme entendo não me sinto forçado a adotar nenhum procedimento (...) considero a U.O.R. desorganizada e instável, há constantes alterações de regras e procedimentos (...) acho que a má organização e as alterações frequentes nos dificultam o trabalho e o tornam precário (...) outra situação é que as alterações também afetam os alunos, que por vezes se manifestam faltando às aulas e fazendo protestos. Refiro-me quando se alterou o valor da multa por pagamento da propina em atraso e não tiveram aviso prévio. Não pode ser assim, há muita desorganização (...) (E.4, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Verificamos que 40% dos docentes que indicaram a organização do trabalho na U.O.R. como boa, se referiam ao seu departamento de trabalho, que rege o curso em que lecionam. Isto aconteceu por dois motivos: por serem docentes a tempo parcial (colaboradores, denominados de “horistas”), passando menos tempo na universidade e o conhecimento de que dispõem cinge-se apenas ao seu departamento.

Boa! Quando me refiro ao departamento de Psicologia! Se estivermos a falar na universidade na sua totalidade diria que é má! O departamento de Psicologia é o mais homogéneo e vê-se que é o que mais trabalha dentro da universidade, independentemente da pessoa que faz a sua gestão. Este departamento sempre vai na

frente dos outros! (E.39, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestre, funcionário público e docente do curso de Psicologia).

Boa, porque verifico no meu departamento, que é o que conheço melhor, que o meu chefe faz a planificação das atividades a tempo e as distribui com antecedência e isto facilita exemplarmente o nosso trabalho (...). (E.28, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, informático numa empresa e docente do curso de Eng^a Informática).

A organização é boa! Refiro-me principalmente ao departamento de psicologia, pois do resto não tenho muita informação, não há muito contato, mas não me sinto insatisfeita” (E.50, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, doutorada, empresária e docente do curso de Psicologia).

Vimos que ao nível da organização de trabalho na U.O.R., 63% dos docentes considera-a “boa”, por ser flexível e sem pressões, e 37% dos docentes avalia-a como “má”, por não haver regras nem controlo. Contudo, a falta de regras é mencionada por 20% dos que mencionam ter uma boa organização do trabalho, pelo que consideramos que a amostra estudada se divide nesta opinião em 50% que considera ter uma boa organização de trabalho e em 50% que a considera má.

Estas descrições permitem-nos concluir que uma organização flexível e em que há liberdade e respeito pelos seus trabalhadores (educação corporativa), não é uma organização sem regras ou com regras ambíguas, pouco claras ou que diferem para determinadas pessoas.

É uma relação bem estranha, não se consegue classificar, é ambígua, uns são os protegidos e os outros que não são protegidos. É uma instituição sem regras, muda-se de chefia constantemente, aqui não se pode confiar em ninguém. (E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

Estes aspetos podem tornar o relacionamento entre o coletivo, dominado pela desconfiança e rivalidade, buscando sofregamente o reconhecimento e isto verificou-se em algumas narrativas.

(...) há muita rivalidade entre colegas (...) (E.47 (mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente em duas I.E.S. e docente do curso de Psicologia).

Ora, se o exercício da docência ocorre num contexto próprio, a universidade molda de forma objetiva o comportamento do professor e o seu perfil identitário (Siqueira, 2009; Lima, 2012). Alguns autores consideram que mesmo em profissionais saudáveis psicologicamente, ou seja, sem psicopatologia, o impacto da organização do trabalho é sobre a saúde psíquica, o que pode gerar uma crise de identidade (Franco, 2004; Dejours,

2009; Azevedo e Lobo, 2013). Apesar disso, a maioria dos trabalhadores conservam a sua saúde mental, resultado do investimento, da luta, e do uso de estratégias defensivas contra o sofrimento gerado pela organização do trabalho. Quando estas estratégias são eficazes o sofrimento é (re)significado e, por isso, se designa de criativo, porque a saúde é preservada. No caso, das estratégias não serem eficazes, o sofrimento designa-se de patológico (Dejours, 1992), por não conseguir impedir a descompensação psíquica, emergindo a sintomatologia, e a doença. O fato de não se verificar união entre o coletivo pode indicar a não “mobilização da ideologia defensiva” no sentido de se enfrentar coletivamente a organização do trabalho (Dejours, 2009), o que fragiliza o docente, que se isola e adota comportamentos de resignação (Azevedo e Lobo, 2003), e fomenta a competitividade e rivalidade entre o coletivo de trabalho.

Em suma, para esta subcategoria, constatamos que os docentes angolanos e de sexo masculino tendem a considerar “boa” a organização de trabalho existente na U.O.R., e as mulheres tendem a considera-la “má”.

6.2.1.3. Subcategoria “Ambiente de trabalho”

A subcategoria “ambiente de trabalho” teve como objetivo aprofundar os aspetos que compõem a organização do trabalho (distribuição de tarefas, ritmo e modo de as realizar, partilha de responsabilidades, produtividade esperada e regras formais e informais), por forma a compreender a perceção que os docentes da U.O.R. possuem sobre o trabalho prescrito (pela organização) e o real do trabalho (aquilo que o docente realiza nas suas tarefas colocando um cunho pessoal, identificando-se com elas), que no entender de Dejours (2012a) constitui uma resistência às chefias e implica a mobilização da inteligência prática.

Deste modo, foi colocada a seguinte questão: *Qual é a sua perceção sobre o ambiente de trabalho na U.O.R.?* Foram organizados os segmentos de conteúdo “bom”, “razoável”, “fico lá pouco tempo” e “mau”, considerados “unidade de registo”, tendo em vista a categorização e a contagem das suas frequências, como se pode observar no Quadro 33.

Quadro 33. Percepção dos docentes sobre o ambiente de trabalho na U.O.R.

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Noto que o ambiente relacional é bom, ou excelente a todos os níveis. Há partilha entre colegas, há produtividade e as regras são necessárias e adequadas. E.45</i>	Bom – 25 (45%)	Positivo – 14 (56%)
<i>Tem bom ambiente, mas há falhas no cumprimento das regras. Se calhar porque não são claras ou porque não são as mesmas para todos e claro isso afeta os professores. E.43</i>		Negativo – 11 (44%)
<i>A minha percepção sobre o ambiente de trabalho aqui é razoável, e satisfatório. Nunca tive nenhum problema com ninguém. E.6</i>	Razoável – 17 (30%)	Neutro – 13 (77%)
<i>Acho que é razoável. Há partilha de responsabilidades, há produtividade ainda que por vezes não seja a esperada (...) as regras é que deviam ser mais claras e fazerem-se cumprir (...). E.24</i>		Negativo – 4 (23%)
<i>Paro muito pouco na U.O.R.. Eu chego vou para a sala dos professores assino a primeira aula e saio. Dou a aula e volto para assinar a última aula e saio. Fico muito pouco tempo lá. Raramente fico mais um pouco conversando com algum aluno ou colega. E.4</i>	Não responde diretamente – 3 (5%)	Neutro – 3 (100%)
<i>É mau, há muita fofoca, não se produz, critica-se, há muitas queixinhas que vão levar à reitoria. Isso gera mau ambiente de trabalho (...) partilha de responsabilidade é coisa que não existe mesmo. E.5</i>	Mau – 11 (20%)	Negativo – 11 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Os dados do Quadro 33 permitem concluir que grande parte dos inquiridos (n=25; 45%) considerou o ambiente de trabalho como “bom”, contudo, 14 desses docentes mencionaram aspetos considerados positivos e favoráveis no ambiente de trabalho, e 11 fizeram menção de alguns aspetos negativos, tais como o não cumprimento das regras. Observemos as seguintes narrativas.

Noto que o ambiente relacional é bom, ou excelente a todos os níveis. Há partilha entre colegas, há produtividade e as regras são necessárias e adequadas (E.45, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, administrador de sistemas e docente do curso de Eng.^a Informática).

Tem bom ambiente, mas há falhas no cumprimento das regras, se calhar porque não são claras ou porque não são as mesmas para todos e claro isso afeta a partilha de responsabilidades e a produtividade esperada (E.43, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, empresário e docente do curso de Eng.^a Informática).

Uma parte significativa (n=17; 30%) mencionou o ambiente de trabalho como “razoável”, porém indicaram alguns aspetos considerados negativos, como o não cumprimento de regras, mais uma vez, e também, a não partilha de responsabilidades.

O Ambiente é razoável. Não há clarividência, a distribuição dos cargos e funções não é bem feita. Se fazem por motivos que não a competência ou conhecimento, mas por ser fulano, e muitas vezes os sujeitos não conhecem as suas limitações e obrigações

(E.40, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, mestrado, docente do curso de Gestão).

Acho que é razoável. Sim há partilha de responsabilidades, há produtividade, ainda que por vezes não seja a esperada, porque vão havendo falhas aqui e ali, falta uma coisa ou outra, mas vamos conseguindo. As regras, isso é que eu acho que deviam ser mais claras e fazerem-se cumprir, senão somos todos iguais, os que fazem e os que não fazem nada (E.24, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, licenciada, docente do curso de Eng.^a Informática).

Verificamos que alguns docentes, não sendo trabalhadores a tempo integral, mas em regime parcial (colaboradores), passam menos tempo na universidade, pelo que referem não ter conhecimento para falar sobre o ambiente geral de trabalho. Sentem dificuldade em classificá-lo ou descrevê-lo.

Nessa matéria muito pouco posso dizer, pois paro muito pouco na UOR. Eu chego, vou para a sala dos professores, assino a primeira aula e saio. Dou a aula e volto para assinar a última aula e saio. Fico muito pouco tempo lá. Raramente fico mais um pouco conversando com algum aluno ou colega (E.4, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Não sei muito bem explicar como será o ambiente em geral, pois eu entro, dou a minha aula e saio! Por isso não sei, mas comigo não há problema nenhum, eu cumpro com o meu papel que é dar as aulas e eles cumprem com o deles que é pagar-me. Não fico muito tempo à conversa com ninguém (E.31, mulher, com mais de 50 anos, angolana, pós-graduada, psicóloga e docente do curso de psicologia).

Uma pequena parte (n=11; 20%) dos docentes inquiridos em entrevista, consideraram o ambiente de trabalho como “mau” indicando a existência de um ambiente conflituoso, de e com baixa produtividade, com falta de confiança entre colegas e chefias e, ainda a falta de cumprimento de regras que continua sendo a tónica que permanece nas narrativas, independentemente da forma como o ambiente é classificado.

É mau, há muita fofoca, não se produz, critica-se, há muitas queixinhas que vão levar à reitoria, e isso gera mau ambiente de trabalho (...) partilha de responsabilidade é coisa que não existe mesmo (E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

A partilha de responsabilidades está muitas vezes sujeita a determinados interesses particularmente quando está em jogo o pagamento, e a produtividade é muito baixa devido às reduzidas qualificações das pessoas (E.7, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Gestão).

O ambiente de trabalho com colegas da mesma função, como entre chefes de departamento, a relação é boa, muito boa. Entre os próprios professores já não é assim tão boa, há sempre grupos que se formam e fazem as coisas à sua maneira, procuram denegrir a imagem dos outros. Com a chefia ou entre os superiores

hierárquicos, sinto que há muita desconfiança, no máximo da hierarquia desconfiam todos uns dos outros (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Direito).

O ambiente de trabalho é muito conflituoso e há falta de camaradagem. A partilha de responsabilidades não acontece, tudo fica centrado na mesma pessoa e depois se não produz também não faz mal, nada acontece. Quanto às regras, essas não existem. Se existem cada um tem a sua (E.13, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Gestão).

Em relação à análise das narrativas sobre o ambiente de trabalho, concluímos que 25% dos docentes o considera “bom” assumindo o bom relacionamento e partilha de responsabilidades; 46% descreve o ambiente de trabalho como neutro ou ‘razoável’; e apenas 29% designam o ambiente de trabalho como “mau” por considerarem, fundamentalmente, que existem regras pouco claras. Portanto, mais uma vez, se alerta para a existência de ambiguidade no sistema de regras formais e informais na organização/U.O.R..

Concluímos, ainda, que os docentes de nacionalidade angolana e do sexo masculino considerem o ambiente de trabalho como “bom”, não se verificaram grandes diferenças em relação à descrição do ambiente de trabalho como “razoável” ou “mau”. Nestes casos tanto são mulheres, como homens e de nacionalidade angolana o consideraram dessa forma. Nota-se, todavia, que são os docentes do departamento de gestão que tendem a classificar o ambiente de trabalho como “mau”, indicando-o como conflituoso e de “fofoca”.

6.2.1.4. Subcategoria “Relações socioprofissionais”

Vamos apresentar agora a análise da subcategoria “relações socioprofissionais”. Esta subcategoria tem como objetivo conhecer os aspetos que compõem o ambiente relacional entre o coletivo de trabalho, e aprofundar o tipo e a qualidade do relacionamento entre pares, entre professores e alunos e entre professores e as suas chefias. Como vimos anteriormente (*item 3.7*) o ‘real do trabalho’ constitui uma resistência às chefias. Deste modo, foi colocada a seguinte questão: *Qual é a sua perceção sobre as relações socioprofissionais na U.O.R.? Com as chefias, com colegas e com alunos.* Nesta questão foi pedido aos docentes um posicionamento de classificação de cada relação socioprofissional como “boa” ou “má”, tendo estas palavras sido usadas como segmentos de conteúdo e “unidade de registo”, tendo em vista a categorização e a contagem das suas frequências nas narrativas, como se observa no Quadro 34.

Quadro 34. Perceção dos docentes sobre as relações socioprofissionais na U.O.R.

	Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
Chefias	<i>Boa. Com os promotores nunca tive contato nenhum, com a reitoria sim, já reuni algumas vezes e fui sempre bem-recebido. Posso dizer que a relação é boa (...). E.4</i>	Boa – 46 (82%)	Positivo – 38 (83%)
	<i>(...) acho que é uma boa relação. No entanto, se escrevemos uma carta a resposta demora 2 ou 3 meses e isso é complicado. E.9</i>		Negativo – 8 (17%)
	<i>Má! É uma relação bem estranha, não se consegue classificar. É ambígua, uns são os protegidos e os outros que não são protegidos. É uma instituição sem regras, muda-se de chefia constantemente, aqui não se pode confiar em ninguém. E.5</i>	Má – 10 (18%)	Negativo – 10 (100%)
Colegas	<i>Boa, há espírito de interajuda e solidariedade académica. E.23</i>	Boa – 51 (91%)	Positivo – 51
	<i>É má, devido à presença constante do boato, que leva à falta do espírito de equipa e respetiva desmotivação. E.7</i>		Negativo – 5
Alunos	<i>Boa, apesar das turmas não serem todas iguais no que toca a preparação e comportamento. A relação é boa, baseada em respeito e apoio. E.18</i> <i>A relação com os meus alunos é boa, vejo que têm gosto nas minhas aulas, temos conversas mesmo sobre assuntos deles. Procuram o meu conselho. É uma relação muito boa e positiva, de respeito mútuo. E.46</i>	Boa – 56 (100%)	Positivo – 49 (87,5%) Negativo – 7 (12,5%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Os dados do Quadro 34, revelam que 82% dos docentes (n=46) indica ter boas relações com as suas chefias, mencionando nunca ter tido problemas. Destes 46 docentes, 38 (83%) indicam apenas aspetos positivos no relacionamento, como: “boa comunicação”, “bom intercâmbio” e “boa interação”.

Nunca fui chamada a atenção pelas chefias (...) (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Direito).

(...) nunca houve qualquer problema. Faço o meu trabalho o melhor que posso (E.2, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, doutorado, docente de Eng.^a Informática).

(...) tenho boa comunicação com as chefias (...). (E.20, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, trabalha numa fábrica, docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).

Boa. Temos boas conversas (...). (E.38, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, advogado e docente do curso de Direito).

Alguns dos docentes (n=11; 20%) distinguiram a relação socioprofissional que estabelecem com o seu chefe de departamento e as restantes hierarquias (reitoria e promotores), como podemos observar nas seguintes narrativas.

Boa. Não tenho problemas com o meu chefe de departamento. Com as outras hierarquias praticamente não tenho relação (E.15, mulher, entre os 31 e os 40 anos, cubana, licenciada, engenheira numa empresa e docente no curso de Eng.^a Civil).

Relações com as chefias, pois depende. Dentro do departamento as relações são boas, mas dos professores em geral com a reitoria, entre o ideal e o real (...) então entre os professores e a promotora, eu diria má! Há um grande hiato! (E.39, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestre, funcionário público e docente do curso de Psicologia).

A Relação com a chefia é boa, mas é uma relação distante em que há pouca interação. Temos mais acesso aos chefes de departamento com quem contactamos mais diretamente e apoiam o nosso trabalho (E.41, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, pós-graduada, docente em duas I.E.S., docente de Relações Internacionais).

Uma pequena parte dos docentes (n=8; 14%) referiram ter boas relações com as chefias, indicando nas suas narrativas, aspetos considerados negativos, tais como desinteresse e má comunicação.

Boa, mas precisam melhorar bastante. Acho que se deviam preocupar um pouco mais com os recursos humanos, com as pessoas que trabalham na instituição (E.29, mulher, entre os 31 e os 49 anos, angolana, mestre, psicóloga hospitalar e docente do curso de Psicologia).

Boa, mas não se estabelece a devida comunicação ou porque não nos querem ouvir (E.44, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, contabilista e docente do curso de Gestão).

Boa, embora ache que devia haver mais comunicação. A interação não é completa (E.50, mulher, acima dos 50 anos, portuguesa, doutorada, docente em 2 I.E.S., curso de Psicologia).

Boa (...) acho que é uma relação desinteressada (...) é uma chefia desinteressada (...) (E.53, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, advogado e docente do curso de Direito).

Apenas 18% (n=10) dos docentes inquiridos indicaram que as relações socioprofissionais com as suas chefias era “má”, apontando como justificação principal a distância, a ambiguidade e a incapacidade em fazer cumprir regras.

É má. Eu não tenho grande relação com os promotores. Aliás acho que nem sabem quem eu sou, nunca falei com eles, acho que entre as chefias, isto é, entre a reitoria e os promotores, e os professores há uma certa distância e rigidez (...) (E.36, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).

A relação com a chefia é má, porque é distante (...) não há comprometimento (...) (E.13, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, docente no curso de Gestão).

Má! É uma relação bem estranha. Não se consegue classificar. É ambígua, uns são os protegidos e há outros que não são protegidos. É uma instituição sem regras, muda-se de chefia constantemente. Aqui não se pode confiar em ninguém (...) (E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

É má, principalmente por falta de exigência no cumprimento dos prazos (...) (E.21, homem, com mais de 50 anos, angolano, licenciado, professor na escola E.F.P. 1093 e docente do curso de Eng.^a Civil).

Podemos concluir através das narrativas analisadas que 38 dos docentes manifesta ter boas relações socioprofissionais com as suas chefias e 18 revela ter más relações com as suas chefias.

Analisando as relações socioprofissionais entre colegas, verificamos que a grande maioria dos docentes (n=51; 91%) revelou ter uma boa relação de trabalho com os seus pares e caracterizou a relação pela cooperação, interajuda e solidariedade.

Boas. Há interajuda, cooperação, solidariedade e confraternização dentro e fora da universidade (...) (E.1, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

São boas relações. Há um bom relacionamento entre colegas, há simpatia e convívio (E.50, mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, doutorada, docente em 2 I.E.S., curso de Psicologia).

Boa. Há boas relações entre os colegas, há partilha, há trocas e há apoio (E. 34, mulher, com mais de 50 anos, cubana, mestre, docente do curso de Gestão).

A relação com os colegas é boa. Há bom relacionamento entre todos (...) colegas, principalmente com aqueles que fazem parte do mesmo departamento do que eu. Há partilha e troca de materiais e conhecimento (E.43, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, informático numa empresa e docente de Eng.^a Informática).

Uma pequena parte (n=5; 9%) reconheceu a sua relação com os pares como sendo marcada pela desconfiança e a competição, como se pode observar nas seguintes narrativas.

Má. Há muita fofoca (...) aqui são teus amigos se precisam de ti, as amizades são extremamente falsas (...) (E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

Má, devido à constante presença do boato, o que leva à falta do espírito de equipa e com respetiva desmotivação (E.7, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Gestão).

Má. É cada um por si, uma luta de postos, por cargos e pelo reconhecimento desenfreado (E.47, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente em duas I.E.S. docente do curso de Psicologia).

As relações socioprofissionais com os alunos foram caracterizadas na sua totalidade (n=56; 100%) como boas. A característica principal é o respeito mútuo, mas também a interação.

É boa, baseada em respeito e apoio (...) (E.10, homem, com mais de 51 anos, cubano, mestre, docente do curso de Eng.^a Informática).

É boa. Existe boa relação e boa interação nas aulas. Há respeito mútuo (E.44, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, contabilista e docente do curso de Gestão).

Boa. É uma relação que se baseia em respeito (...) (E. 30, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, pós-graduado, formador e docente do curso de Eng.^a Civil).

A minha relação com os meus alunos se estabelece na base do respeito mútuo. É uma relação de professor/aluno, em que me sinto responsável pela aprendizagem e formação deles (E.41, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, pós-graduada, docente em duas I.E.S., docente de Relações Internacionais).

O relacionamento com os alunos é bom, muito bom até, mas com o distanciamento que a profissão exige, o normal, o natural entre professor aluno. Não é uma relação de amizade, mas falamos, tenho abertura para os ouvir e esclarecer dúvidas (E.22, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

Uma pequena parte destes docentes (n= 7; 13%), indicou aspetos negativos nos alunos, mas não na sua relação com eles, tal como o “boicote” às aulas através das faltas e o fato de serem alunos com muitas dificuldades de base.

Com os alunos a relação é boa, apesar de faltarem muitas vezes às aulas, eles fazem o seu ‘boicote’ (...) (E.6, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, professor e docente do curso de Gestão).

A relação com os alunos é boa, apesar das turmas não serem iguais no que toca a comportamento e à preparação dos alunos (...) a relação é boa e baseia-se no respeito e apoio (E.18, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

A relação com os alunos é boa. São interessados, embora nem todos correspondam às expectativas. Têm muitas dificuldades, mas o relacionamento é bom, existe respeito mútuo (E.56, mulher, com mais de 50 anos, angolana, mestre, advogada e docente do curso de Direito).

Verificou-se que ao nível das relações socioprofissionais, os docentes da U.O.R. manifestaram estar satisfeitos, uma vez que, 68% indicou ter um bom relacionamento com os seus superiores hierárquicos, 91% revelou ter boas relações com os seus colegas e todos recordaram um bom relacionamento com os seus alunos. Como críticas, permanece a indicação de se tratar de uma instituição sem regras (E.5), havendo cooperação entre os colegas, mas o maldizer aparece como crítica e em relação aos alunos verificou-se que se

trata de uma relação baseada em respeito e apoio, sendo a única crítica feita, a falta de bases e a preparação dos alunos, que apresentam muitas dificuldades.

Conclui-se que é o sexo masculino aquele em que se encontraram mais narrativas que consideraram as relações socioprofissionais como “boas” tanto com chefias como com colegas. Em relação à nacionalidade destacam-se a angolana e a cubana, como descrevendo positivamente as relações socioprofissionais, especialmente entre colegas. No relacionamento com os alunos, as respostas dos docentes foram unânimes na consideração de “bom” relacionamento, baseado em respeito e ajuda. Não obstante, alguns docentes apontaram muitas dificuldades de base e dificuldades de aprendizagem nos alunos. Gostaríamos de salientar, tal como Dejours (2004) menciona, que o trabalho é também uma forma de relacionamento social, caracterizada por relações de desigualdade e de poder/dominação.

6.2.1.5. Subcategoria “prestígio social da profissão”

No que diz respeito à subcategoria “prestígio social da profissão” esta teve como objetivo conhecer a opinião e a perceção que os docentes da U.O.R. possuem sobre o prestígio social da sua profissão e ainda compreender se estes docentes manifestam uma opinião semelhante ou diferenciada daquela que foi registada por Silva (2009) num estudo realizado na Universidade Agostinho Neto. Deste modo, foi colocada a seguinte questão: *Na sua opinião a profissão docente tem prestígio social?* O “sim” ou “não” obtido foi usado como “unidade de registo”, tendo em vista a categorização e a contagem das suas frequências nas narrativas. Observemos o quadro que se segue (Quadro 35.)

Quadro 35. Opinião dos docentes da U.O.R., sobre o prestígio social da profissão

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Sim, aqui tem! Porque em Angola o professor ainda é visto com esse respeito e ainda mais se tratando de um professor universitário. A noção que tenho é que em Angola a profissão docente é respeitada e muito positiva. E.33</i>	Sim – 46 (82%)	Positivo – 39 (85%)
<i>Sim, tem! Mas deveria ter mais, isto é, acho que não é reconhecida como deveria, por ser uma profissão mal remunerada. E.56</i>		Negativo – 7 (15%)
<i>Não! Acho que em geral a sociedade ainda não dá o prestígio devido aos docentes. Muitos não são respeitados nem valorizados (...) quando na verdade são eles que fazem outras profissões acontecerem. E.24</i>	Não – 10 (18%)	Negativo – 10 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista.

Constatou-se que 82% dos docentes inquiridos (n=46) consideram a profissão de “professor universitário” como prestigiada socialmente e isso verifica-se através das suas narrativas que espelham o reconhecimento e a valorização sentida, e o quanto é gratificante poder transmitir o conhecimento e contribuir para o desenvolvimento da sociedade.

Sim! Sem dúvida! A profissão de professor é para mim a mais nobre de todas e o reconhecimento dos alunos é o mais gratificante. Quem pensa ser rico, não pensa ser professor, mas é muito gratificante e sim prestigiada, aliás aqui em Angola muitos se aventuram em ser professores no ensino superior, por isso, pelo prestígio, e não pelo salário. Procuram prestígio e nome (E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

Sim, um docente é sem lapso de dúvida um educador da sociedade por excelência, logo uma profissão revestida de prestígio, de dignidade e reconhecida socialmente (E.37, homem, entre os 32 e os 40 anos, angolano, licenciado, advogado e docente do curso de Direito).

Sim, é uma profissão de grande reconhecimento social. Somos nós que formamos todo o tipo de profissionais e preparamos os jovens para serem bons profissionais e levarem o nome da sua faculdade reconhecendo os seus tutores e mestres (E.43, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, empresário e docente do curso de Eng.^a Informática).

Estas narrativas vão de encontro ao que alguns autores salientam acerca do papel docente. Gasparini *et al.* (2005) referem que o professor universitário ocupa um papel central na sociedade e Pimenta *et al.* (2003) indicam que este contribui com os seus valores e trabalho para a transformação da sociedade.

Contudo, 15% dos docentes (n=7) que afirmaram que esta profissão possui prestígio social, narraram alguns aspetos considerados negativos, tais como a não valorização e a baixa remuneração da profissão docente. Estes aspetos, tal como indicam Silva e Mafra (2014) espelham a precarização do trabalho docente e a conseqüente desvalorização social. Observemos as opiniões dos docentes entrevistados.

Sim, tem e muito! Pelo menos cá em Angola, não só no meu caso, mas outros colegas sentem o mesmo, que apesar de desenvolverem outras atividades aquela em que se sentem mais prestigiados é em serem professores do ensino superior e que, por isso, apesar de ser uma atividade com remuneração mais baixa do que a outra atividade que desenvolvemos, esta faceta da profissão de ser professor na universidade é prestigiante” (E.53, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, advogado e docente do curso de Direito).

Acho que sim e isso nota-se pelo feedback das pessoas e dos alunos. Por exemplo quando nos apresentamos ou nos apresentam a alguém e dizem que damos aulas na universidade isso sente-se que é motivo de orgulho e de prestígio, porém não é bem remunerado, trabalhamos muitas horas que não são pagas (...) (E.36, mulher, entre

os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).

Sim, tem prestígio, mas sinto que não somos devidamente valorizados, não temos salários à altura da exigência da profissão. Formamos toda uma sociedade, somos os intelectuais e passamos dificuldades, damos horas aqui e ali corremos de um lado para o outro e não somos valorizados como devíamos ser (E.44, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, contabilista e docente do curso de Gestão).

Apenas 18% dos docentes (n=10) consideraram a sua profissão como “não” prestigiada socialmente, por motivos de falta de reconhecimento e valorização social, assim como à fraca remuneração associada.

Aqui não! Aqui é visto mais como uma profissão onde se vai buscar mais um complemento ao salário. O professor é o ‘garimpeiro’. Poucos são os que fazem da docência a sua profissão. Aqui ninguém faz disto carreira, é antes uma compensação ao salário de alguns profissionais e muitos são da função pública! (E.27, homem, com mais de 50 anos, português, mestre, empresário e docente do curso de Direito).

Não, em Angola muito pouco se faz pelo professorado. Ninguém observa as nossas necessidades e vem nos gratificar. Os salários são muito baixos, ninguém ou a maioria de nós não vive só das aulas ou então leciona em duas ou três instituições (E.32, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestrado, docente na U.A.N., e U.O.R. no curso de Eng.^a Informática).

Não, porque não somos devidamente reconhecidos. É uma profissão pouco gratificada e mal remunerada (E.41, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, pós-graduada, docente em duas I.E.S., docente de Relações Internacionais).

Verificamos que 70% (n=39) dos docentes consideram a sua profissão prestigiada, reconhecida socialmente e referem ser gratificante transmitir o conhecimento e contribuir para a evolução da sociedade. Apenas 30% (n=17) indicam a profissão docente como não sendo prestigiada nem valorizada socialmente, apontando como fator principal a baixa remuneração. Estes aspetos, verificaram-se tanto nas narrativas dos docentes de sexo masculino, como feminino e também foram transversais à nacionalidade.

Confirma-se que a perceção de prestígio social na profissão docente se mantém com uma imagem positiva, mas associada a um baixo poder económico, tal como indicou Silva (2004) num estudo realizado na Universidade Agostinho Neto, em Luanda.

6.2.2. Análise da categoria “saúde”

A categoria “saúde” encontra-se dividida em 4 subcategorias: realização profissional, liberdade de expressão, tipos de estratégias (G.R.R.) e personalidade (S.O.C.). As duas primeiras subcategorias permitem conhecer e analisar as vivências de prazer e satisfação

associadas ao trabalho. Representam também os indicadores de prazer, de acordo com o referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours e o modelo conceitual da presente investigação (*vide* Quadro 1). As duas últimas subcategorias visam explicar como os trabalhadores (docentes) conseguem em condições adversas manter a sua saúde, sendo este o enfoque da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1992, 1996).

6.2.2.1. Subcategoria “Realização profissional”

Começamos pela análise da subcategoria “realização profissional” expondo-a no Quadro 36, com algumas das narrativas mais pertinentes que respondem às seguintes questões: *Como se sente em relação ao trabalho que realiza? Realiza-o profissionalmente?* As palavras usadas como segmentos de conteúdo e como “unidade de registo” foram o “sim” e o “não”, tendo em vista a categorização e a contagem das suas frequências nas narrativas.

Quadro 36. Opinião dos docentes sobre o sentimento de realização profissional

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>A mim sim! A minha atividade profissional principal não é a docência, eu sou do ramo empresarial, mas sinto-me mais completo dando aulas, gosto do que faço (...) faz-me sentir completo e realizado. E.27</i>	Sim – 45 (80%)	Positivo – 30 (67%)
<i>Sim, apesar da remuneração não ser satisfatória, o gosto pela lecionação proporciona essa satisfação e o sentimento de realização. E.11</i>		Negativo – 15 (33%)
<i>Não, não me sinto porque acho que posso fazer mais do que aquilo que faço. E.20</i>	Não – 11 (20%)	Negativo – 11 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Ao nível da realização profissional, verificamos que 80% dos inquiridos (n=45) referiram sentir-se realizados. Indicaram nas suas narrativas, fatores preponderantes para este sentimento, destacando-se a satisfação e o gosto em dar aulas, em fazer aquilo que faz, ainda que a profissão docente não seja a atividade principal, mas apenas para complemento salarial. Estas narrativas estão alinhadas com a perspetiva de L. Mendes *et al.* (2007), ou seja, que é através da docência, da produção de conhecimento e o contribuir para o crescimento do próximo, que o sentimento de prazer e a realização profissional advém, como podemos constatar nas seguintes narrativas.

Sim muitíssimo, e sinto-me muito realizado. Gosto de exercer a atividade docente, nada me deixaria mais feliz e realizado do que isso! É a atividade docente que me realiza, mais do que a outra profissão que exerço (como consultor do Estado) e por

isso mesmo quando me apresento a alguém prefiro apresentar-me como docente. Sinto mais prestígio na atividade docente (E.53, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, advogado/consultor e docente do curso de Direito).

Sim! Sinto que a minha profissão me permite ter uma dupla realização, do ponto de vista pedagógico, pela relação com os alunos e poder ajudá-los, ensiná-los, vê-los crescer e também do ponto de vista técnico e investigacional, porque me dá prazer, gosto de pesquisar. E.10, homem, entre os 41 e os 50 anos, cubano, mestrado, docente do curso de Eng.^a Informática).

Sim, devido ao prazer de ensinar, de moldar mentes, trazer luz, faz-me sentir realizado. Gosto daquilo que faço e sinto-me bem quando vejo que aprendem, isso dá-me gozo (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Contudo, 33% dos docentes (n=15) apesar de se considerarem realizados no exercício da profissão docente, indicaram alguns aspetos considerados menos positivos, tais como a falta de motivação e de tempo para si e para família. Isto porque o professor vai para casa, mas o trabalho ainda não terminou, há que preparar aulas, há trabalhos para corrigir, matérias a organizar, o que leva à evasão do tempo do não-trabalho, como indicam vários autores (Lopes, 2006; Siqueira, 2009; Anselmo, 2011; Santos *et al.*, 2014). Os docentes inquiridos ainda apontam como aspetos negativos a falta de progressão na carreira e a baixa remuneração:

Bom, eu sinto realização profissional porque na verdade quando faço bem as coisas, enfim tenho feedback de que estou indo no caminho certo. Por exemplo, há colegas que estudaram fora de Angola e que te reconhecem e confirmam o teu trabalho como válido e isso faz-me sentir realizado, que estou a fazer bem! Por outro lado, é uma profissão em que não há grande tempo para relaxar. Temos de estar sempre atualizados e bem informados e isso deixa pouco tempo para a família e para nós próprios (E.39, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestre, funcionário público e docente do curso de Psicologia).

Sim! A mim promove porque gosto muito de dar aulas e gosto muito daquilo que faço. Sinto realização porque gosto de dar aulas independentemente das vicissitudes, como o baixo salário, mas também por participar na formação de pessoas. É este o meu compromisso com o ensino (E.4, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Sim! Posso dizer que sim! Dou aulas por prazer, mas em termos de carreira não me sinto motivada, não sinto que tenha futuro. Acho que não podemos desenvolver mais, não nos dão a possibilidade de fazer mais coisas. Por exemplo, não podemos fazer um doutoramento ou progredir na carreira, mas gosto de dar aulas. Sinto é que aqui não se evolui, não podemos fazer mais! (E.9, mulher, entre os 31 e os 40 anos, romena, mestre, gestora de uma empresa e docente no curso de Gestão).

Apenas 20% dos docentes inquiridos (n=11) manifestaram não sentir realização profissional, devido à falta de progressão na carreira e à baixa remuneração, mas também, por sentirem que podiam fazer mais ou que ainda têm outros aspetos que gostariam de alcançar. Morales *et al.* (2008) salientam estes aspetos inerentes à profissão docente (a busca de atualização e formação constante) e que têm como objetivo a qualidade de trabalho e requalificação, mas muitas vezes sem condições adequadas ou salários compatíveis. Também Fátima (2008) refere que em Angola esta componente do trabalho docente é dificultada por escassez de materiais.

Não! Gosto muito de ensinar, mas ainda não me sinto realizada profissionalmente (...) como docente apenas, desejo mais, conhecer mais para poder ensinar mais e melhor. Como profissional em geral tenho outras coisas que desejo alcançar (...) (E.24, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, licenciada, docente do curso de Eng^a Informática).

Não! Porque acho que ainda consigo crescer mais profissionalmente, acho que ainda não dei tudo e não fiz tudo. Há mais a fazer, há mais a conquistar (E.45, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, administrador de sistemas e docente do curso de Eng.^a Informática).

Não! Porque um professor tem salário baixo, passa dificuldades, ou tem outras atividades. Anda de um lado para outro a dar aulas (E.41, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, pós-graduada, docente em duas I.E.S., docente de Relações Internacionais).

Não, pois gostaria de ver a promoção de carreira acontecer. Apesar de algum esforço da entidade empregadora (promotora) na realização de cursos de agregação pedagógica de curta duração, sinto que não se aposta o suficiente na formação dos professores (E.48, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Tendo por base os resultados das entrevistas concluímos que a realização profissional era um sentimento presente em apenas 54% dos docentes inquiridos. Alguns docentes (n=15; 27%) não se manifestaram totalmente realizados devido à baixa remuneração, considerando como um aspeto negativo inerente à profissão. Os restantes (n=11; 19%) referiram não se sentir realizados por falta de progressão na carreira, por sentirem que podiam evoluir e alcançar mais, e também pelo fato de serem mal remunerados. Estes aspetos são referenciados tanto por docentes do sexo masculino, como feminino, porém as mulheres indicam mais aspetos negativos. Quanto à nacionalidade, verificamos que a opinião dos angolanos se dividiu e que os cubanos foram os que pareciam estar mais realizados. Concluímos que 54% dos docentes inquiridos, se sentiam realizados e 46% não se sentiam realizados na profissão docentes pelos motivos supracitados.

6.2.2.2. Subcategoria “Liberdade de expressão”.

A liberdade de cada trabalhador é fundamental para a manutenção da sua saúde. Para Dejours (1986) a saúde não é um assunto dos outros, é da própria pessoa, não vem do exterior, é mutável, é uma sucessão de compromissos com a realidade: ambiental (física, química e biológica), afetiva (relacional, familiar, psíquica) e social (organização do trabalho). No seu ponto de vista ter liberdade implica: o direito ao descanso e ao repouso físico e psíquico, o direito a organizar a sua vida de acordo com os seus próprios desejos e vontades e não serem os outros a fazer escolhas por si (forçados) e poder agir individual ou coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre a divisão de tarefas, de pessoas e nas relações que mantém, sem coação. No processo de trabalho a falta de liberdade gera frustração e sofrimento (Azevedo e Lobo, 2013), assim como a falta de diálogo fragiliza a coesão do grupo, fomenta a competitividade e dá lugar à indiferença e sentimentos de sofrimento no trabalho (Dejours, 2009).

Deste modo, foi colocada a seguinte questão: *Considera que há liberdade de expressão no seu local de trabalho?* (Quadro 37).

Quadro 37. Opinião dos docentes sobre a liberdade de expressão na U.O.R.

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Sim, pelo menos eu considero que sim, pois falo livremente perante colegas e estudantes, sem ‘tabús’ nem intimidações. E.14</i>	Sim – 41 (73%)	Positivo – 34 (83%)
<i>Sim, mas atendendo ao país em que estou! Ou seja, ninguém me inibe, mas sou eu que evito de falar de determinados assuntos (...). E.1</i>		Negativo – 7 (17%)
<i>Não! Tento ser livre, mas tenho muitos dissabores por ser assim, principalmente aqui. Até um dos promotores da U.O.R. me disse que eu era demasiado frontal e que aqui não podia ser assim. E.5</i>	Não – 15 (27%)	Negativo – 15 (100%)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

O Quadro 37 permite apurar que 73% dos docentes (n=41) consideraram ter liberdade de expressão na U.O.R., respondendo “sim”. Mencionaram poder dizer o que pensam livremente, pois têm nos seus relacionamentos socioprofissionais um diálogo aberto.

Sim, porque na sala dos professores há diálogo aberto sem limitações e na sala de aula às questões que determinados estudantes colocam em função do tema que está a ser abordado, pelo menos eu respondo sem qualquer receio ainda que envolvam questões políticas (E.23, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, doutorado, consultor e docente do curso de Relações Internacionais).

Sim, sempre pude partilhar as minhas ideias e dar a minha opinião livremente. Nunca senti nenhuma opressão. Aliás a academia é sinónimo de liberdade de expressão sob

pena de reduzir a sua dimensão escolástica que se norteia pela liberdade, conhecimento e introspeção (E.37, homem, entre os 32 e os 40 anos, angolano, licenciado, advogado e docente do curso de Direito).

Sim, na UOR há liberdade de expressão, sempre falo o que penso e nunca fui reprimido ou senti que me interpretassem mal. Nunca houve problemas desses (E.45, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, administrador de sistemas e docente do curso de Eng.^a Informática).

Uma pequena parte dos docentes (n=7) que consideraram ter liberdade de expressão na U.O.R., simultaneamente espelharam nas suas narrativas, sinais de inibição e sentimentos de opressão e/ou repressão devido ao contexto sociopolítico que os envolve.

Sim, mas apenas no que respeita às áreas da minha atividade de docente. No que respeita às políticas da organização não, não me sinto confortável, pois pode resultar em retaliações (E.7, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Gestão).

Sim, mas tenho muita atenção para não falar nada que me possa comprometer ou pôr em causa os meus ideais (...) (E.15, mulher, entre os 31 e os 40 anos, cubana, licenciada, engenheira numa empresa e docente no curso de Eng.^a Civil).

Sim, mas até um certo ponto! Como professor universitário falo tudo o que sei e sem problemas, mas sabe como é aqui, de preferência não falar de certas em público, num café ou assim, não sabemos quem nos ouve, mas na sala de aula é mais fácil. Pela via científica sinto mais à-vontade para falar certas coisas do que falar fora da sala de aula (...) a minha área é relações internacionais, tenho de falar de política interna e externa e então falo o que é correto e isso é pela via científica, mas fora da sala de aula não é assim! (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Sim! Mas com algumas reservas. Tenho receio de ferir susceptibilidades devido a fatores culturais, pelo que tenho algum cuidado, mas apenas por isso (E.50, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, doutorada, empresária e docente do curso de Psicologia).

Apenas 27% dos docentes inquiridos (n=15), responderam “não”, revelando não sentirem liberdade de expressão no seu local de trabalho. Indicaram como principais motivos o contexto sociopolítico, as diferenças culturais e os sentimentos de intimidação por parte das hierarquias de topo.

Não pelo ambiente em si (contexto sociopolítico) mas pela intimidação que se sente por parte dos órgãos de direção (E.12, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, professor do ensino médio e docente do curso de Eng.^a Civil).

Aqui não! Não porque estamos num país com características governamentais muito próprias, portanto isto não é só ao nível interno na universidade. Por exemplo, numa aula, não posso permitir que um aluno fale mal do presidente, no entanto se fosse em

Portugal, deixava! (E.33, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, licenciada, docente do curso de Gestão).

Não, não! Ah...aliás eu já fui vítima nessa área por algumas conversas que eu acho que não tinham nada de anormal, mas ou foram mal interpretadas ou houve intenção de me prejudicar, houve alunos meus que chegaram de gravar aulas minhas e levaram à apreciação da reitoria. E.27 (homem, com mais de 50 anos, português, mestre, empresário e docente do curso de Direito).

Não! Uma vez mais existe aqui uma diferença cultural que limita essa liberdade, existindo também um tratamento diferencial que a limita. Não se pode dizer o que se pensa, tem de haver muito cuidado com o que se diz e a quem se diz, depois também podemos ser mal-interpretados e isso prende-se com as diferenças culturais, não é fácil. E.49 (mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, advogada e docente do curso de Direito).

Vimos, que 61% dos docentes inquiridos (n=34) manifestaram ter liberdade de expressão no seu local de trabalho. No entanto 12% (n=7) afirmaram sinais de inibição e sentimentos de opressão. Apenas 27% (n=15) dos docentes referiu não ter liberdade de expressão na U.O.R. e indicaram como principais motivos o contexto sociopolítico, as diferenças culturais e os sentimentos de intimidação por parte das hierarquias.

Conclui-se, assim, partindo das narrativas analisadas, que 61% dos docentes inquiridos revelou sentir total liberdade de expressão no seu local de trabalho, sendo na sua maioria docentes de nacionalidade angolana e do sexo masculino. Os restantes 39% dos inquiridos manifestaram vários motivos (contexto sociocultural e diferenças culturais, medo de retaliações e intimidação das chefias) que condicionam a liberdade de expressão no seu local de trabalho, a Universidade Óscar Ribas, sendo na sua maioria docentes do sexo feminino e de nacionalidade portuguesa.

6.2.2.3. Subcategoria “Tipo de estratégias usadas”

No que diz respeito à subcategoria “tipo de estratégias usadas” esta teve como objetivo identificar o tipo de estratégia defensiva que os docentes da U.O.R. privilegiam, para enfrentar as dificuldades e o sofrimento gerado pelo trabalho. A questão foi subdividida entre estratégias defensivas usadas em contexto de trabalho e estratégias defensivas utilizadas na vida pessoal ou em geral, para se poder compreender se o uso de estratégias defensivas é diferenciado segundo o contexto. Estas estratégias são também denominadas de Recursos Gerais de Resistência (G.R.R.) por Antonovsky (1987). Podem ser individuais ou coletivas e têm como objetivo proteger o sujeito da descompensação

física e psíquica em situações perturbadoras, permitindo a manutenção da saúde. A. Mendes, *et al* (2007), asseguram que a saúde é resultado do uso bem-sucedido das estratégias defensivas em face do sofrimento. Dejours (1996) por seu turno, designa como sofrimento de criativo, quando este é reconvertido em prazer, pois espelha a capacidade ‘negentrópica’ do ser humano, de se organizar no meio de uma situação perturbadora (Antonovsky, 1987; Nunes, 1999).

Deste modo, foram colocadas as seguintes questões: *Que tipo de estratégias utiliza para enfrentar o sofrimento e as dificuldades geradas pelo seu trabalho? E na sua vida em geral, diante de situações que lhe provocam sofrimento, qual o tipo de estratégias que utiliza para as enfrentar?* Nesta questão, cada docente era esclarecido com exemplos de estratégias, permitindo ao inquirido perceber se utilizava estratégias individuais ou coletivas como mecanismo defensivo e favorecedor da homeostase. As palavras “individuais”, “coletivas” ou “ambas” foram usadas como segmentos de conteúdo na coluna “unidade de registo” (Quadro 38).

Quadro 38. Identificação do tipo de estratégias defensivas que os docentes da U.O.R. utilizam no local de trabalho e na vida em geral

	Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
Trabalho	<i>Individuais. Não sou de ir logo procurar alguém para desabafar. Fico muito comigo, leio, escrevo e ouço música. E.30</i>	Individuais – 33 (59%)	Positiva – 33
	<i>Coletivas. Procuo a ajuda de alguém, a cooperação, o diálogo com colegas e procuro solucionar o problema. E.43</i>	Coletivas – 4 (7%)	Positiva – 4
	<i>Ambas, autorreflexão e interajuda. Depende da situação (...). E.29</i>	Ambas – 19 (34%)	Positiva – 19
Vida em geral	<i>Individuais! Fico comigo mesmo e oro a Deus. Solicito a intervenção de Deus. E.45</i>	Individuais – 32 (57%)	Positiva – 32
	<i>Coletivas. Costumo procurar a ajuda dos outros, a sua opinião (...). E.12</i>	Coletivas – 6 (11%)	Positiva – 6
	<i>Ambas (...) o meu primeiro recurso é a ajuda da minha família, da mulher, dos irmãos (...). Em segundo vejo televisão ou um filme (...) em terceiro durmo (...). E.39</i>	Ambas – 18 (32%)	Positiva – 18

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Com base no Quadro 38, observamos que tanto em situações de trabalho (n=33; 59%) como na vida em geral (n=32; 57%), os docentes inquiridos usavam preferencialmente estratégias defensivas individuais, para enfrentar e mediar o sofrimento. Um número ligeiramente inferior de docentes, utilizava a combinação dos dois tipos de estratégias, tanto em contexto laboral (n=19; 34%), como familiar (n=18; 32%). Os restantes optaram pelo uso de estratégias coletivas, como se observa no Quadro 38. Este fato em si, pode ser

revelador de um coletivo de trabalho pouco coeso, onde há na realidade fraca cooperação e, portanto, a capacidade para subverter os efeitos nocivos da organização do trabalho e transformar/(re)significar o trabalho, através da mobilização coletiva, pelo que os trabalhadores se expõem à dominação e ao sofrimento (Dejours, 2009).

Apesar da uniformidade na escolha do tipo de estratégia defensiva (individual), verificamos que a estratégia em si varia em função do contexto, isto é, os docentes que optavam por estratégias defensivas individuais em contexto de trabalho, diferiam ligeiramente das estratégias defensivas individuais que utilizavam quando se trata da vida em geral (incluindo a vida pessoal ou privada). Constatou-se que na esfera privada há uma maior reserva, ou seja, um fechamento em si mesmos (autorreflexão) e a busca da intervenção de Deus (oração). Quando se trata de dificuldades ou problemas no trabalho, os docentes referiram várias atividades (que funcionam como mecanismo de defesa) como fazer desporto, ouvir música, ver um filme, ler, viajar, fazer oração e até utilizavam o absentismo ou ausência ao trabalho como resposta defensiva. São vários os autores que configuram o afastamento do trabalho, como uma estratégia defensiva para enfrentar o cotidiano académico. Para faltarem utilizam atestados ou licenças médicas (Gasparini *et al.*, 2005; Santos, 2006a, 2006b; Morales *et al.*, 2008).

Observemos as narrativas dos docentes que optaram por estratégias defensivas individuais no trabalho.

Deixe-me dizer o que eu aprendi com a minha primeira chefe, uma diretora que dizia que quando há problemas, quando não estamos bem o melhor é não inventar, é melhor faltar mesmo. Trabalhamos com a cabeça, com o cérebro e se não estamos bem, é melhor esfriar a cabeça, faltar e justificar depois (...) temos de estar bem connosco mesmo primeiro (...) também aprendi com os cubanos que em situações de stress, pára! E conta até 10 e faço isso quando alguma coisa me tira do sério, e me tira o raciocínio. Aí eu paro, respiro fundo e conto até 10 e isso me ajuda bastante! (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Uso mais estratégias individuais porque sou muito quieta e no meu cantinho (...) geralmente leio, ouço música ou vejo um filme para relaxar (...) quando me sinto no meu limite, nem vou trabalhar, me isolo e fico em casa mesmo (E.24, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, licenciada, docente do curso de Eng.^a Informática).

Eu chego a casa, tomo um banho e vou para o sofá, ligo a televisão e vejo um bom filme e isso relaxa-me (...) antes fazia ginástica, agora deito-me no meu sofá e desligo tudo e fico só ligada ao televisor, nem vou trabalhar (...) também vou à igreja...só isso! (E.31, mulher, com mais de 50 anos, angolana, pós-graduada, psicóloga e docente do curso de Psicologia).

No que concerne aos docentes que optaram por estratégias defensivas individuais na vida em geral destacamos as seguintes narrativas.

Acho que individuais. Confiar em mim em primeiro lugar e depois também entrego tudo nas mãos de Deus. Só Ele pode resolver todos os problemas (E.18, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Individuais, primeiro começo por manter a serenidade e a calma, procuro meditar no problema para encontrar uma solução (...) fico muito comigo mesmo. Por vezes busco mesmo a intervenção divina (E. 30, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, pós-graduado, formador e docente do curso de Eng.^a Civil).

Individuais. Reflito sobre a situação e procuro uma solução, não vou atrás dos outros para me ajudar ou resolver os meus problemas. Quando é algo mais grave refugio-me em Deus (E.44, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, contabilista e docente do curso de Gestão).

Ao analisar as narrativas dos docentes que afirmaram utilizar estratégias de ambos os tipos (individuais e coletivas), tanto em contexto laboral como na sua vida em geral, confirma-se uma maior reserva ou fechamento sobre si mesmo, quando se trata da vida pessoal. Neste caso, optam pela autorreflexão e o diálogo apenas, porém, quando se trata de algo relacionado com o trabalho, parece ser-lhes mais fácil partilhar os problemas, procurar a compreensão e opinião dos outros, e investir em atividades como o desporto e a leitura. Algumas das narrativas de docentes que optaram por ambas estratégias defensivas no trabalho são espelhadas a seguir.

Nos problemas de trabalho às vezes rezo. Tenho fé, tenho diálogo em casa, comunico, desabafo e penso em como resolver. Penso em qual a solução (...) sempre poderia ser pior, por isso sou otimista. O nosso pensamento e estar bem connosco próprios ajuda a ultrapassar os problemas (E.9, mulher, entre os 31 e os 40 anos, romena, mestre, gestora de uma empresa e docente no curso de Gestão).

Ambas. Procuro compreender a situação e quando necessário peço ajuda de outra pessoa. Procuro escolher a estratégia de coping mais adequada, autorreflexão, desporto, oração, ou partilhar com outros. Procurar a opinião deles. Depende da situação (E.29, mulher, entre os 31 e os 49 anos, angolana, mestre, psicóloga hospitalar e docente do curso de Psicologia).

Ambas. Realizo atividades de enfrentamento, como ouvir música e telefonar para alguém. Procuro também a cooperação, interajuda, diálogo, compreensão e identificação com os demais colegas (E.10, homem, entre os 41 e os 50 anos, cubano, mestrado, docente do curso de Eng.^a Informática).

Observemos as narrativas dos docentes que optaram por ambas estratégias defensivas na vida em geral.

Costumo desabafar, partilhar com a família, principalmente com a minha mãe, porque considero que é a pessoa que tem melhores conselhos para me dar e

adequados à realidade. Também gosto de ouvir a opinião dos outros, embora decida por mim mesma. Concentro-me e reflito e quando o sofrimento é muito grande também rezo, mas é isso concentro-me e reflito (E.50, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, doutorada, empresária e docente do curso de Psicologia).

Individuais e coletivas. A primeira coisa é aceitar a situação do momento, orar, meditar, e depois partilhar a situação com alguém mais próximo, como pais, esposa e irmãos (E.23, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, doutorado, consultor e docente do curso de Relações Internacionais).

Ambas (...) ter muita calma e pedir ajuda a pessoas mais experientes no assunto (...) (E.13, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Gestão).

A análise das narrativas, dos docentes que indicaram fazer uso de estratégias coletivas no trabalho, não diferem muito no seu conteúdo daquelas que espelharam o uso das mesmas estratégias defensivas na vida em geral. Estas são apenas menos elaboradas, mas em ambos os casos os docentes manifestaram procurar a ajuda, o diálogo e a opinião dos outros, e partilhar. Vejamos as narrativas em contexto de trabalho.

Coletivas. Procuo ajuda e opinião dos outros (E.23, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, doutorado, consultor e docente do curso de Relações Internacionais).

Desabafo com colegas de trabalho e com amigos. Procuo a opinião deles sobre os assuntos que me preocupam. É isto, partilho os meus problemas e assim tenho outras perspetivas, outros pontos de vista que me ajudam a perceber se o problema é meu ou se o mal que sinto e sofro é algo que é geral (E.36, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).

E, por fim, nas narrativas que se referem ao uso de estratégias defensivas coletivas aplicadas à vida em geral (familiar ou privada), prevalece a escolha da procura do outro. Verificou-se a necessidade de contactar com a família que está distante, no caso dos docentes expatriados, devido ao exercício da profissão docente além-fronteiras, o que na atualidade é frequente em diversas profissões. O fator mobilidade geográfica é descrito por vários autores como favorecendo sentimentos ambivalentes, como o crescimento ou desenvolvimento da carreira, mas também o desenraizamento familiar (Freitas, 2009; Mann, 2012).

O meu sofrimento é a distância da família, dos meus filhos e netas, e o que faço é falar com eles, no Skype. Tento chegar mais cedo para ter mais tempo para estar com eles através do Skype e vê-los é reconfortante e fica-se mais liberto do stress que se vive aqui (...) (E.27, homem, com mais de 50 anos, português, mestre, empresário e docente do curso de Direito).

Coletivas. Procuro a ajuda dos outros, a opinião e desabafar (E.12, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, professor do ensino médio e docente do curso de Eng.^a Civil).

Apurou-se que 57% dos docentes da U.O.R. utilizavam o mesmo tipo de estratégia quer se tratasse do enfrentamento do sofrimento gerado pelo trabalho, ou relacionado com a sua vida em geral (privada). Verificou-se o uso privilegiado de estratégias defensivas de tipo individual. Também se constatou que em 50% dos casos em que a estratégia usada diferia em função do contexto, os docentes, mais uma vez, privilegiavam a escolha de estratégias individuais, tais como a autoreflexão e a oração. A busca da intervenção divina como estratégia de enfrentamento, verificou-se em ambos os sexos e em todas as nacionalidades à exceção da cubana e é muito mais saliente entre os angolanos. Os docentes angolanos pareciam privilegiar o uso de estratégias individuais, uma vez que 29% dos angolanos referiu buscar a intervenção divina *versus* 25% dos docentes de outra nacionalidade e 10% dos portugueses. Quanto ao uso de autoreflexão como estratégia individual de enfrentamento foi adoptada pelos docentes angolanos em 24% dos casos *versus* 25% dos cubanos e 20% dos portugueses.

Estes resultados são confirmados pela literatura analisada sobre a religiosidade e misticismo do povo angolano. A história do cristianismo em Angola tem mais de 500 anos. Em 1491 foi batizado o rei do Soyo (província do Zaire, Angola) e também, o rei Nzinga Kuwu, do Congo, com o nome de D. João I (Schubert, 2000; Chaves, 2015). A evangelização proliferou com a conquista de Luanda em 1576, por Paulo Dias de Novais, e a chegada de várias missões religiosas (católicas e protestantes) fizeram de Angola um país maioritariamente cristão (T. Neves, 2007). Como vimos no capítulo 4 desta tese, as escolas e o ensino do português estiveram a cargo das missões religiosas, *através do Decreto n° 77 o Estado determinava, portanto, que só abria espaço para Igrejas e missões religiosas na Angola colonial à medida que estas respeitassem o objetivo do aportuguesamento e contribuíssem para atingi-lo* (Schubert, 2000, p. 36).

O Governo Português procurou exercer o seu controlo sobre Angola inclusive através das Igrejas e de um Acordo Missionário datado de 1940. Contudo, as Igrejas Protestantes, que eram menos controladas pelo regime, investiram na luta anticolonial, daí que não seja por acaso que Agostinho Neto, Jonas Savimbi e Holden Roberto, fossem filhos de pastores protestantes com influência (T. Neves, 2007).

O artigo 10º da Constituição de Angola de 2010 define o país como Estado laico, com separação entre a Igreja e o Estado. Também o artigo 41º consagra a liberdade de consciência, religião e culto; e ainda o direito do cidadão se declarar objetor de consciência.

O Inquérito sobre o Bem-estar da População (I.B.E.P., 2008-2009) em 2008 estimava-se um total de 58.123 habitantes, sendo 8,7% sem religião, 49,6% de católicos, 33,4% de protestantes e 8,3% de outras religiões.

O Instituto Nacional para os Assuntos Religiosos (I.N.A.R.), integrado no Ministério da Cultura, é a entidade responsável pelo registo e legalização das organizações religiosas. O I.N.A.R. indica que 25% da população segue denominações cristãs africanas; 10% segue tradições protestantes (metodistas, batistas e adventistas, congregacionalistas e assembleias de Deus); e 5% da população está afiliada a igrejas evangélicas brasileiras. Uma pequena parte da população rural pratica o animismo ou crenças religiosas indígenas e existe uma pequena comunidade muçulmana, avaliada não oficialmente em 80.000 a 90.000 aderentes, sendo que destes possivelmente metade são imigrantes da África Ocidental ou de origem libanesa (<https://www.state.gov>).

Alguns angolanos têm tradições místicas. Os povos *Bantu* (grupo étnico) não atribuem a morte e as doenças a fatores de natureza material, responsabilizando os espíritos e os feiticeiros (Santos, 1965). Há “religiões” de origem africana como o “Candomblé”, a “Umbanda” e a “Ki-mbanda” nas quais são realizados rituais privados, dirigidos ou ministrados por curandeiros ou bruxos, ao som dos tambores e batuque (Lopes, 2015). Estas tradições místicas são interpretadas como feitiçarias e tem-se revelado um autêntico problema em Angola, uma vez que a doença, a pobreza e a ignorância são motivos para a ida aos designados curandeiros. E mais alarmante, quando se maltratam e abandonam crianças por motivos de feitiçaria⁴⁰.

Um dos entrevistados, fez referências a estes atos praticados em Angola, quando questionado sobre o tipo de estratégia utilizada para enfrentar os seus problemas:

Individuais! (...) eu cresci na igreja. Sabe aqui em Angola as pessoas têm muito costume de ir aos curandeiros e bruxos para resolver os seus problemas, mas os meus pais me ensinaram que em face das dificuldades dobramos o joelho e oramos. Oramos sem cessar, pois a oração tem poder. Assim, aprendi a usar isso também como uma estratégia para enfrentar dificuldades (E.39, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestre, funcionário público e docente do curso de Psicologia).

⁴⁰ Na presente tese de investigação, não nos cabe aprofundar esta questão (acusação de crianças da prática de feitiçaria, em Angola), no entanto sugerem-se as seguintes leituras: Soares, P. (2015). *Um estudo etnográfico sobre o acolhimento e reintegração social de crianças acusadas de feitiçaria em Angola*. [Dissertação de mestrado em Antropologia. Lisboa: ISCTE-IUL]. 111p. Disponível em [www:<http://hdl.handle.net/10071/12314>](http://hdl.handle.net/10071/12314); Santos, E. (1965). Maza. Elementos de etno-história para a interpretação do terrorismo no noroeste de Angola. Lisboa: Edição do Autor, p. 183.

Antes de terminar este *item*, parece-nos necessário salientar que a religiosidade do povo angolano, consistiu (nos longos períodos em que vivenciou a guerra) numa forma de resiliência social e fortalecimento do capital social, assim como uma forma de reprodução social de elementos e costumes enraizados na sua cultura. Como se verificou no grupo dos prosélitos tokoístas na província de Luanda, em Icolo - Bengo. A religiosidade permitiu-lhes fortalecerem os laços de fé e de uma identidade social religiosa tokoísta, e por outro, de uma identidade étnica e linguística, reforçando o sentido de unidade do grupo dos seus prosélitos (Paxe, 2009). Também Chaves (2015) num estudo sobre as “Consequências psicológicas da guerra em Angola” destaca a importância da busca de alívio psicológico através da religião ou outras práticas tradicionais, como remédios e tratamentos caseiros.

Hoch e Rocca (2007) referem que a fé ou crença numa Divindade (Deus) é um importante fator para a superação de experiências de sofrimento e inclusivamente em processos de cura, do corpo e alma.

6.2.2.4. Subcategoria “Personalidade/S.O.C.”

A importância da análise desta subcategoria “personalidade/S.O.C.” prende-se com o intuito de averiguar a força do S.O.C. (Sentido de Coerência Interna). Para assim, conhecer a capacidade dos docentes em gerir, compreender e encontrar sentido e/ou significado às situações do dia-a-dia. Através da força do S.O.C., podemos conhecer a capacidade para se usar eficazmente os recursos pessoais internos (G.R.R.) e externos (meio envolvente), em favor da sua organização autopoietica, de acordo com o referencial teórico da salutogenese e da autopoiesis, como se pode observar no modelo conceitual da presente investigação (*vide* Quadro 1 da presente investigação).

Foram efetuadas as seguintes questões: *Fale-me de si, da sua personalidade, temperamento. Considera ter uma personalidade forte? Quer seja sim ou não, pode, por favor, justificar? Indique 2 ou 3 características que o definem.* Pediu-se, portanto, aos docentes que se autoavaliassem e esclarecessem a sua resposta (Quadro 39).

Quadro 39. Autoavaliação dos docentes sobre a força da sua personalidade e respetivas características pessoais

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Sim, tenho personalidade forte. Sou lutador, corajoso, persistente, alegre e otimista por natureza. E.18</i>	Sim – 41 (73%)	Positivo – 33 (virtudes)
<i>Sim, tenho temperamento forte. Sou teimosa, às vezes impulsiva e pelos meus filhos eu me transfiguro, sou capaz de tudo. E.15</i>		Negativo – 8 (defeitos)
<i>Não considero ter personalidade forte, sou um introvertido, mas gosto de interagir com os outros. Sou calmo e simpático. E.14</i>	Não – 15 (27%)	Positivo – 10 (virtudes)
<i>Não tenho uma personalidade forte, pois tenho problemas em enfrentar determinadas situações, prefiro fugir delas. Sou uma pessoa muito alegre, de um caráter muito flexível, mas também bastante inseguro (...) tenho um temperamento muito passivo. E.35</i>		Negativo – 5 (defeitos)

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Verificamos que 73% dos docentes (n=41) se autoavaliava e percecionava como tendo uma personalidade forte. Nas suas narrativas encontram-se características pessoais de valoração positiva, esclarecida por eles como “virtudes”, tais como: ser calmo, exigente, persistente, batalhador, lutador, determinado, independente e otimista. Alguns também indicaram aspetos menos positivos, que eles entendem como sendo “defeitos”, tais como, teimosia, impulsividade, timidez e introversão.

Bem, eu acho que tenho uma personalidade forte, apesar de ser uma pessoa reservada e calma. Eu diria que é a minha principal característica (...) em termos profissionais sou muito batalhador, muito exigente naquilo que faço e acho que isso me caracteriza (E.4, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Tenho personalidade forte sim, sou persistente em alcançar os meus objetivos e não paro até os alcançar. Considero-me uma pessoa simples, um pouco tímida às vezes, mas tenho um defeito, sou muito teimoso (E.17, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, professor do ensino médio e docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).

Sim, tenho personalidade forte, apesar de ser introvertido, falo pouco, não gosto de brincadeiras de mau gosto ou abuso de confiança. Sou uma pessoa que ferve com pouca água, impulsiva. Não aceito, nem admito que ninguém passe por cima de mim (E.55, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Os docentes que se autoavaliaram como não tendo personalidade forte (n=15; 27%), caracterizaram-se como introvertidos, tímidos, demasiado sensíveis, inseguros e muito pensativos, pelo que facilmente se sentiam em sofrimento. Estas características com que se descrevem são consideradas por eles como “defeitos” e, por isso, foram semanticamente classificadas como negativas:

Não, não acho que tenha personalidade forte. Sou introvertido (...) tendencialmente tímido, reflexivo. Tenho a mania de pensar em demasiado nas coisas, não sou de impor as minhas opiniões, não, procuro sempre a conciliação, sou exigente e gosto de fazer as coisas à minha maneira, mas não me imponho. Tento conciliar o mais possível (E.3, homem, entre os 41 e os 50 anos, português, doutorado, docente do curso de Psicologia).

Não, não acho que tenha personalidade forte, não, porque sinto com facilidade o que os outros sentem, o sofrimento dos outros, eu consigo sentir e isso faz-me sofrer facilmente com os outros. Sou muito humano, não gosto de injustiça (...) gosto de tranquilidade, de estar no meu canto, comigo mesmo, gosto de respeito, sou paciente, sou tranquilo (...). (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Não tenho facilidade em falar sobre mim, prefiro que sejam os outros a falar de mim, mas acho que sou boa amiga, tenho muita dificuldade em acreditar em mim mesma, nas minhas capacidades e competências. Sou insegura, sou ansiosa e as mudanças são difíceis para mim. É isto, sou assim! (E.36, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).

Alguns, apesar de considerarem não ter personalidade forte, indicaram nas suas narrativas alguns aspetos que caracterizam positivamente a sua personalidade, considerando que mesmo não tendo essa força de personalidade têm outras virtudes, tais como, ser calmo, trabalhador, lutador, honesto, exigente e perfeccionista.

Não gosto de falar de mim. Prefiro que sejam os outros a fazer isso, eles me dizem que sou exigente, trabalhador e honesto. Não sei se tenho ou não personalidade forte. Talvez não (E.20, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, engenheiro fabril e docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).

Ora bem, sou extremamente orgulhosa, considero-me perfeccionista, lutadora, trabalhadora e também sou impulsiva, hiperativa, não paro quieta. Acho que isto me define, mas não me vejo com personalidade forte! (E.22, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

Sou calmo, íntegro, honesto e amigo, mas não me considero de personalidade forte (E.43, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, licenciado, empresário e docente do curso de Eng.^a Informática).

Conclui-se que 73% dos docentes inquiridos se autoavaliaram como possuindo personalidade forte, sendo na sua maioria de nacionalidade angolana e sexo masculino. Estes indicaram como virtudes pessoais, o ser exigente, persistente, lutador, determinado, calmo e otimista. Alguns, apesar de se considerarem com personalidade forte, revelam-se com alguns “defeitos”, tais como teimosia, timidez e introversão.

Apenas 27% dos docentes da U.O.R. se avaliaram como não tendo personalidade forte indicando serem pessoas tímidas, inseguras e muito sensíveis. Destes, verificou-se serem na sua maioria portugueses e de sexo feminino. Alguns indicaram ter boas qualidades, mesmo que isso não seja ter personalidade forte, no seu entender, tais como ser calmo, persistente, honesto e perfeccionista. Através da análise desta subcategoria, apurou-se que 77% dos docentes inquiridos apresentam características indicadoras de que possuem um S.O.C. forte.

6.2.3. Análise da categoria “Sofrimento”

A categoria “sofrimento” encontra-se dividida em 2 subcategorias: “esgotamento” e “falta de reconhecimento”, as quais representam também os indicadores de sofrimento no trabalho, de acordo com o referencial teórico de Dejours e o modelo conceitual da presente investigação (ver Quadro 1).

Para Dejours (1993, 1996, 2004, 2009) o sofrimento acontece quando o trabalhador (docente) se vê sem liberdade para satisfazer os seus desejos e realizar a tarefa de acordo com a sua individualidade e subjetividade. Em resposta e para neutralizar os efeitos de uma organização do trabalho rígida, o coletivo de trabalho mobiliza-se (ideologia defensiva) e os trabalhadores usam estratégias que lhes permitem subverter as pressões do trabalho. Este sofrimento designa-se de criativo. Quando o sofrimento gerado pela organização não é bloqueado pelas estratégias defensivas, ou porque o coletivo se manifesta como indiferente, não solidário e o medo se sobreponha à coesão do grupo, ou porque o trabalhador não é capaz de subverter a pressão do trabalho a favor da sua autorrealização. Emerge, desta forma, a descompensação psíquica, manifestações psicossomáticas e sintomáticas, que caracterizam o sofrimento patológico.

6.2.3.1. Subcategoria “Esgotamento”

Para analisar a subcategoria “esgotamento”, foram feitas as seguintes perguntas: *Sente que o trabalho que realiza o esgota emocionalmente? E mentalmente? E fisicamente? Sim ou não! Justifique.* No Quadro 40 podem observar-se algumas narrativas. Quando os inquiridos responderam “sim” foi um indicador de que se sentiam esgotados e isso é em termos semânticos interpretado como sendo um fator negativo.

Quadro 40. Autoavaliação dos docentes da U.O.R. sobre as sensações de esgotamento emocional, mental e físico

	Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
Emocional	<i>Sim, sinto-me esgotada. Temos estudantes que não agem nem se consideram como tal. Têm muitas dificuldades e muitas lacunas (...) não estão minimamente preparados e isso esgota, porque temos de despender mais energia, do que aquilo que se deveria. E.31</i>	Sim – 21 (37%)	Negativo – 21
	<i>Não, não! É algo que faço por gosto e até ao dia de hoje tenho conseguido gerir as situações adversas que surgem no decorrer do processo de ensino. E.29</i>	Não – 35 (63%)	Positivo – 35
Mental	<i>Sim! Requer algum desgaste mental porque o trabalho assim o exige. Transmitir o conhecimento requer leitura, preparo, atualização, pesquisas e esse esforço traz algum desgaste. E.28</i>	Sim – 22 (39%)	Negativo – 22
	<i>Não, não me sinto esgotado, porque gosto daquilo que faço. Não me canso. E.12</i>	Não – 34 (61%)	Positivo – 34
Físico	<i>Sim, pelo facto de ficar de pé todo o tempo de aula (...). E.26</i>	Sim – 23 (41%)	Negativo – 23
	<i>Não! Também não. Quem corre por gosto não se cansa. E.32</i>	Não – 33 (59%)	Positivo – 33

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

Relativamente a esta subcategoria “esgotamento emocional” verifica-se que 63% dos docentes inquiridos (n=35) em entrevista referiram que “não” se sentiam esgotados emocionalmente, o que é considerado positivo. Revelaram que a atividade que realizavam (ensinar e dar aulas) era algo que faziam com prazer, com motivação e satisfação. Estes sentimentos promovem a autorrealização e bloqueiam o esgotamento (Dejours, 1993, 1996).

Não, emocional não! A docência deve ser exercida com paixão, com vontade, motivação, ou seja, não podemos ir para este ramo sem vocação, não dá para fazer só para preencher a lacuna salarial. Não, isso não combina (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Não! Nunca senti. Pelo contrário, tudo aquilo que faço quando dou aulas faz-me sentir satisfação...pelo contrário, dá-me compensação e não desgaste, pois tudo o que faço é por gosto. Dar aulas é um prazer (...) (E.29, mulher, entre os 31 e os 40 anos, angolana, mestre, psicóloga hospitalar e docente do curso de Psicologia).

Não, não, pelo contrário, sinto prazer no que faço e a necessidade de fazer melhor (...) (E.55, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Apenas 37% dos inquiridos (n= 21) consideraram sentir esgotamento emocional. Estes indicaram como principais causas, as dificuldades, as limitações e/ou falta de bases que os alunos apresentam, pelo que há também a necessidade de repetição constante dos conteúdos.

Sim! Causa algum desgaste e prende-se muito com o fato de termos alunos com muitas dificuldades e limitações e dão sempre a desculpa da guerra, por não terem capacidades ou melhores bases (...). E.1 (mulher, com mais de 50 anos, portuguesa, mestrada, docente do curso de Direito).

Sim! Porque os alunos têm muitas debilidades, ou seja, vêm com muitas dificuldades das classes anteriores, o que esgota o professor, porque tem de explicar inúmeras vezes a mesma coisa e isso cansa emocionalmente (...) (E.26, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, engenheiro de estruturas e docente do curso de Engenharia Eletromecânica).

Sim, sim, principalmente devido à falta de bases, ao baixo nível de aprendizagem na escolaridade básica por parte dos alunos (...) (E.51, mulher, entre os 41 e os 50 anos, portuguesa, licenciada, professora do ensino médio e docente do curso de Direito).

No que toca ao esgotamento mental, verificamos que 61% (n=34) revelou não se sentir esgotado mentalmente, apresentando os mesmos motivos pelo não esgotamento emocional, ou seja, o fato de se tratar de uma atividade que realizam com prazer. Contudo, alguns apresentaram como motivos para o não desgaste mental, o fato de já lecionarem há algum tempo, e por isso não necessitarem de realizar uma constante preparação de conteúdos, o que leva a um menor esgotamento. Vários autores confirmam estes sentimentos, indicando que quanto maior o tempo de serviço, ou a antiguidade na função, menor é o desgaste (Moreira, 2007, Couto, 2008).

Não, porque é um trabalho que me preenche, me dá prazer e porque também acho que esgota mais no início da profissão. Depois só é necessário irmos fazendo uma atualização (...) é gostoso crescer na profissão e lecionando. Você também aprende E.5, homem, com mais de 50 anos, americano, mestrado, docente do curso de Gestão).

Não! Porque é uma área que já lido há muito tempo e então a preparação é mínima. Não tenho razões para me sentir esgotado (E.6, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, professor e docente do curso de Gestão).

Não, não! Não me sinto esgotada. Trabalho na profissão há uns 30 anos e sinto-me cada vez mais preparada e capaz e isso motiva, não esgota nada, ensino com agrado (E. 34, mulher, com mais de 50 anos, cubana, mestre, docente do curso de Gestão).

Quanto aos motivos apresentados para o esgotamento mental, 39% (n=22) dos docentes inquiridos apontaram o fato de terem uma longa jornada de trabalho de turno misto (diurno e noturno), a dupla jornada (trabalharem em mais de um local) e o tempo despendido em preparação de aulas, atualização e pesquisa. Trata-se de um trabalho muito exigente em termos mentais/intelectuais.

Sim, porque é uma atividade muito exigente em termos intelectuais. Exige horas de concentração, muita preparação ou atualização constante. Não podemos parar (E.4,

homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Sim, pelo fato de ter outra atividade profissional e ter de fazer deslocações constantes de um trabalho para outro, duas vezes por dia (manhã e noite) nos turnos que leciono. Isso causa-me desgaste físico e mental (E.11, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, licenciado, oficial de sistemas de telecomunicação e docente do curso de Eng.^a Eletromecânica).

Sim, sobretudo quando somos obrigados a ministrar três disciplinas, a preparar as aulas e a estar atualizado nas três. Torna-se desgastante em termos mentais (...) (E.28, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, informático numa empresa e docente do curso de Eng.^a Informática).

Os aspetos destacados por estes docentes relativos à extensão da jornada de trabalho, como responsável pelo esgotamento mental, foram destacados por Garcia e Benevides-Pereira (2003). Vários autores, salientam que a parte fundamental do trabalho docente é intelectual (Vilela, 2010; Cassandre, 2011; Mann, 2012; Silva e Mafra, 2014), pelo que o impacto é mental. Trinta e três inquiridos consideraram não sentir esgotamento físico, porque o trabalho que realizavam era primordialmente de cariz intelectual e realizado por gosto.

Não, porque o trabalho que realizo está mais ligado à psique. Além disso, procuro trabalhar em instituições que estejam próximas da minha área de residência, para evitar passar muitas horas no trânsito (E.23, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, doutorado, consultor e docente do curso de Relações Internacionais).

Não, porque é um trabalho meramente intelectual (...) não fico muito tempo de pé e também não escrevo muito (E.28, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, informático numa empresa e docente do curso de Eng.^a Informática).

Não! Não, não e não, não causa nenhum esgotamento físico, só mesmo mental, é um trabalho muito intelectual. E.53 (homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, advogado e docente do curso de Direito).

Os docentes que consideraram estar em situação de esgotamento físico, indicaram como motivo principal o fato de lecionarem muitas horas (extensão da jornada), mas também por passarem muitas horas de pé, muitas horas a falar e muitas horas no trânsito.

Sim, principalmente pelas horas que se passam de pé e a questão de falar, falar, falar, fragiliza a voz. Eu sinto que fico com a voz desgastada e vou bebendo água para ajudar (...) (E.36, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, licenciada, docente em duas I.E.S. no curso de Psicologia).

Sim, o andar de um lado para o outro e estar de pé muitas horas, o sobe e desce de uma sala para outra, acho que a parte física afeta mais, também se temos de nos deslocar para outro emprego ou outra universidade, isso causa desgaste. (E.19, homem, entre os 23 e os 30 anos, angolano, licenciado, docente do curso de Relações Internacionais).

Ah! Físico, sim, desde logo pelas filas de trânsito que se enfrenta até lá chegar, e isso gera stress. De lutar contra o relógio, isso causa-me desgaste, por vezes saio da empresa e demoro 30 minutos, outras vezes, nem uma hora me chega. Isso desgasta-me. Depois também pelo acumular de funções e trabalho, até porque o trabalho de um professor vai para casa com ele (...) (E.27, homem, com mais de 50 anos, português, mestre, empresário e docente do curso de Direito).

Verificou-se que a maioria do coletivo de trabalho da U.O.R. não sente esgotamento emocional (63%), nem mental (61%), nem físico (59%), revelando que a atividade que realizam, o ensino e o contributo para a evolução da sociedade, lhes confere prazer.

Relativamente aos docentes que não sentem esgotamento emocional, nem físico, eram na sua maioria docentes do sexo masculino e de nacionalidade angolana. Destacaram que o trabalho que realizavam era executado por gosto e de índole intelectual. Contudo, foram estes que manifestaram um maior esgotamento mental, justificado pela extensa jornada de trabalho, além da sua natureza (de ordem mental).

Quanto aos docentes que referiram não sentir esgotamento mental, fundamentaram as suas narrativas no fato de lecionarem há já algum tempo. Eram docentes mais velhos e não nacionais (americano e cubano).

No que concerne ao esgotamento emocional, este era sentido sobretudo devido às dificuldades e falta de bases dos alunos, o que levava a repetir muitas vezes os conteúdos. Foram os docentes portugueses e de sexo feminino os que mais se queixaram destes aspetos. Foram, também, os docentes portugueses que sentiram mais esgotamento físico, devido ao ficar de pé e falar muitas horas, ao acumular de trabalho docente com outro emprego e devido às horas passadas no trânsito.

6.2.3.2. Subcategoria “Falta de reconhecimento”

Por último, apresentamos a análise do segundo indicador de sofrimento, a subcategoria “falta de reconhecimento”. Esta subcategoria pretende analisar o reconhecimento de “utilidade” que advém do reconhecimento que as chefias fazem ao trabalho desempenhado pelos trabalhadores e, também, o reconhecimento de “beleza” que é aquele que se obtém através dos colegas e pares (Dejours e Abdoucheli, 1994; Dejours, 2012a). O reconhecimento constitui uma recompensa ou retribuição simbólica (Dejours, 2009; Facchinetti, 2009; Areosa, 2013) ao fortalecer a identidade psicológica e social (Carrasqueira e Barbarini, 2010) do trabalhador, sou seja, fortalece o seu S.O.C., constitui maturidade.

Deste modo, fez a seguinte pergunta: *Sente falta de reconhecimento pelo trabalho que realiza na U.O.R.?* Uma vez que a falta de reconhecimento não é um sentimento positivo, cada resposta “sim” foi semanticamente classificada como uma resposta negativa, como se observa no Quadro 41.

Quadro 41. Percepção dos docentes sobre a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado na U.O.R.

Unidade de Contexto	Enumeração	Semântica
<i>Sim! Sinto falta de reconhecimento. Raramente são dados elogios, principalmente por parte das chefias (...). E.7</i>	Sim – 32 (57%)	Negativo – 32
<i>Não! Sinto-me reconhecido no meu trabalho pelas chefias, pois leciono as mesmas cadeiras há mais de 10 anos (...). E.2</i>	Não – 24 (43%)	Positivo – 24
<i>Sim! Sinto (...) que o meu trabalho apenas é reconhecido pelos estudantes. Há muita rivalidade entre colegas (...). E.47</i>	Sim – 6 (11%)	Negativo – 6
<i>(...) os colegas passam pelo mesmo, esses reconhecem o esforço. E.20</i>	Reconhecem – 50 (89%)	Positivo – 50
<i>Os alunos reconhecem o meu trabalho, vejo isso pelos elogios que tecem. Eles mostram reconhecimento, sinto isso na turma (...).” E.19</i>	Reconhecem – 56 (100%)	Positivo – 100

Fonte: Elaboração própria com base no inquérito por entrevista realizado aos professores da U.O.R..

A análise desta questão, permite-nos concluir que 57% (n= 32) dos docentes inquiridos sentiam falta de reconhecimento por parte das chefias, indicando que não há elogios ao seu trabalho, que o esforço que realizam não é reconhecido, pois não mudam de categoria e também são mal remunerados, como se verifica nas seguintes narrativas.

Não me sinto reconhecido principalmente por parte das chefias que não se apercebem do esforço que muitas vezes fazemos para que se alcancem os resultados esperado: Nós temos alunos com muitas debilidades (...) lecionar a uma turma de 70 ou de 200 para eles é igual, pois quer tenha 70 ou 200 alunos, as provas têm de ser entregues no mesmo tempo e além disso conseguir resultados nestas condições é difícil, mas os colegas reconhecem este esforço (E.14, homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, mestre, docente do curso de Psicologia).

Não sinto que somos reconhecidos pelas chefias, até mesmo pela baixa remuneração (...) entre colegas há compreensão e interajuda, e há boas relações (E.16, homem, entre os 41 e os 50 anos, angolano, mestre, docente em duas I.E.S., docente do curso de Relações Internacionais).

No que concerne à falta de reconhecimento por parte dos colegas ou pares esta verificou-se em apenas 11% (n=6) dos docentes inquiridos.

Não sei se sou reconhecida superiormente ou pelos meus colegas, talvez não, mas dos meus alunos, recebo esse feedback (...) é o que verdadeiramente me importa é ser reconhecida pelos alunos. E.22 (mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente do curso de Direito).

Sim! Sinto falta de reconhecimento. O meu trabalho apenas é reconhecido pelos estudantes. Há muita rivalidade entre colegas e a falta de reconhecimento por parte das chefias é evidente, são indiferentes ao trabalho que se realiza, nunca há um elogio, mas estão sempre prontos para criticar (E.47, mulher, entre os 31 e os 40 anos, portuguesa, mestre, docente em duas I.E.S. e docente do curso de Psicologia).

Nas narrativas dos docentes inquiridos verifica-se que todos (n=56; 100%) sentiam reconhecimento advindo dos seus alunos, referindo que estes elogiam o seu trabalho e lhes reconhecem competência.

Eu acho que é um trabalho reconhecido, não objetivamente, mas sinto esse reconhecimento através dos alunos, pois quando chega o fim do ano pedem-nos para os orientarmos no T.F.C.. Significa que têm apreço e gostam de nós, reconhecem-nos competência e isso é bom. Mas de forma objetiva, reconhecimento da instituição, não isso não, nós estamos ali para sermos usados, contam-se a dedo os professores que são efetivos. No ensino privado cerca de 90% dos professores são parciais e muitas vezes não os deixam ascender a efetivos e isso denota a falta de reconhecimento! (E.52, homem, com mais de 50 anos, espanhol, licenciado, docente do curso de Eng.^a Civil).

Bem! O reconhecimento existe, pode não existir em alguns níveis, mas eu sinto que há muitos estudantes e muitos colegas na U.O.R. que reconhecem o trabalho verdadeiro dos professores, pode não se ver nos níveis superiores, mas sinto que nos estudantes há reconhecimento. E.4 (homem, entre os 31 e os 40 anos, angolano, pós-graduado, docente do curso de Direito).

Apurou-se que 57% dos docentes que trabalham na U.O.R., não se sentem reconhecidos no seu trabalho pelos superiores hierárquicos, que não elogiam, não retribuem com mudança de categoria nem com outro tipo de incentivo. Estes docentes eram na sua maioria de sexo masculino e de nacionalidade angolana.

A falta de reconhecimento por parte dos colegas, foi sentida por apenas 11% dos docentes inquiridos, sendo na sua maioria, como se verificou através das narrativas analisadas, docentes do sexo feminino e de nacionalidade portuguesa.

O reconhecimento sentido advém primordialmente do contato com os estudantes e também através do coletivo de trabalho, dos colegas que vivenciam a mesma situação. O reconhecimento exerce um papel fulcral no bloqueio do sofrimento, pois permite atribuir-lhe um sentido, ou seja, todo o esforço, toda a angústia e desalento sofridos não foram em vão. O sujeito consegue através do reconhecimento subverter o sofrimento vivenciado em autorrealização e construção da sua identidade, funcionando assim como uma “armadura” contra a descompensação mental (Dejours, 2009).

6.3. Análise dos resultados quantitativos

Neste *item* são apresentados e analisados os resultados do inquérito por questionário mediante o uso de duas escalas, Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.) e Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.S.R.T.).

Apresenta-se, também, a análise da consistência interna (*alfa de Cronbach*) para as duas escalas, por forma a garantir a validade destes instrumentos sobre a sua medição de prazer, de sofrimento, e respetivos indicadores de prazer e de sofrimento e também sobre os sintomas relacionados com o trabalho.

6.3.1. Análise dos resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)

Antes da apresentação e análise dos resultados obtidos através da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho, iremos expor a análise estatística de confiabilidade (*alfa de Cronbach*) que pretendeu avaliar a consistência interna desta escala (dois fatores: prazer e sofrimento) e suas subescalas (indicadores de prazer, como a realização profissional, liberdade de expressão, e indicadores de sofrimento, como a falta de reconhecimento e esgotamento emocional). Confirmou-se que apresentam boa consistência interna, uma vez que o grau de confiabilidade é elevado (superior a 0.70) verificando-se ser superior às dos autores da referida escala, como se pode verificar através do Quadro 42.

Quadro 42. Consistência interna da *Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)

Subescalas	<i>Alfa</i> dos autores	O nosso <i>Alfa</i>	
Realização Profissional	0.89	0.90	Prazer 0.90
Liberdade de Expressão	0.69	0.76	
Falta de Reconhecimento	0.70	0.86	Sofrimento 0.93
Esgotamento Emocional	0.84	0.88	

Fonte: Elaboração própria.

*Escala validada por Ferreira e Mendes (2003).

Partindo destes valores favoráveis de *Alfa* ao nível da consistência interna da escala E.P.S.T., podemos confiar nos resultados obtidos, pelo que iremos apresentar e analisar cada fator e respetivos indicadores (Quadro 43).

Quadro 43. Resultados sobre prazer, sofrimento e seus indicadores

E.P.S.T. -Prazer Resultados	Fator		Indicadores			
	Prazer		Liberdade de expressão		Realização profissional	
	N	%	N	%	N	%
Av. Mais satisfatória	24	42,9	29	51,8	26	46,4
Av. Moderada	30	53,6	24	42,9	26	46,4
Av. Crítica	2	3,6	3	5,4	4	7,1
Total	56 (100%)					
E.P.S.T. – Sofrimento Resultados	Sofrimento		Esgotamento emocional		Falta de reconhecimento	
	N	%	N	%	N	%
	Av. Mais satisfatória	28	50,0	24	42,9	33
Av. Moderada	23	41,1	26	46,4	20	35,7
Av. Crítica	5	8,9	6	10,7	3	5,4
Total	56 (100%)					

Fonte: Inquérito por questionário realizado aos docentes da U.O.R..

Os dados apresentados no Quadro 43 revelam que 54% (n=30) dos docentes que trabalham na Universidade Óscar Ribas exibiram níveis moderados de prazer no trabalho; e 43% (n=24) manifestou níveis muito satisfatórios de prazer gerado pela atividade profissional. Apenas 4% (n=2) docentes apresentaram níveis considerados críticos de prazer gerado pelo trabalho que realiza.

Quanto aos indicadores de prazer, estes revelaram ser coincidentes e coerentes com o resultado geral em prazer, uma vez que os resultados nestes indicadores se situam entre o mais satisfatório e o moderado, ou seja, 52% (n= 29) dos docentes manifestou sentir liberdade de expressão no seu trabalho e 46% (n=26) docentes revelaram sentir-se realizados profissionalmente.

Quanto ao fator sofrimento, o Quadro 43 indica que 50% dos docentes inquiridos apresentaram uma avaliação considerada mais satisfatória neste fator, o que significa que estes docentes manifestaram baixos índices de sofrimento. Apenas 9% (n=5) dos docentes indicaram elevados níveis de sofrimento ao apresentarem uma avaliação crítica. Os indicadores de sofrimento seguem esta tendência uma vez que apenas 11% (n=6) dos inquiridos apresentaram uma avaliação crítica no indicador de esgotamento emocional, o que pode revelar que estes docentes estão em situação de sofrimento e podem estar a vivenciar *burnout*, sendo este um dos indicadores desta síndrome. Por outro lado, a maioria dos inquiridos 59% (n=33) revelou uma avaliação satisfatória no indicador de falta de reconhecimento, o que indica que se sentiam reconhecidos e apenas 5% (n=3) manifestou falta de reconhecimento no trabalho.

Conclui-se que em 54% da amostra estudada se encontraram níveis moderados de prazer e em 50% dos sujeitos uma avaliação mais satisfatória em termos de sofrimento, ou seja, um baixo nível de sofrimento no trabalho, o que se traduz num resultado positivo e favorável sobre os sentimentos e vivências de prazer e sofrimento no trabalho. Contudo, não podemos deixar de destacar que 41% mencionou uma avaliação moderada em sofrimento e segundo Ferreira e Mendes (2003) uma avaliação em que coincidem os níveis moderados de prazer com níveis moderados de sofrimento, significa que os sujeitos avaliados estão a empregar estratégias defensivas para enfrentar o sofrimento. Fazem-no por via da sublimação ou de outras estratégias individuais ou coletivas, conseguindo, assim, (re)significar o sofrimento de forma criativa. Tal atitude espelha o que Dejours (1996, 2009) designa de sofrimento criativo.

6.3.2. Análise dos resultados da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho (E.P.S.T.)

Antes da exposição dos resultados coletados através da Escala de Sintomas Relacionados ao Trabalho, iremos apresentar a análise estatística de confiabilidade (*alfa de Cronbach*) e das suas subescalas (sintomas físicos, sintomas sociais e sintomas psíquicos). Concluiu-se que as duas subescalas de sintomas sociais e psíquicos apresentam um bom grau de confiabilidade, sendo até superior à dos autores da escala. Para a subescala de sintomas físicos o nosso valor de *alfa* é muito semelhante ao dos autores da escala, sendo o nosso inferior em apenas duas décimas, como se pode observar no Quadro 44.

Quadro 44. Consistência interna da *Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (E.S.R.T.)

Subescalas	<i>Alfa</i> dos autores	O nosso <i>Alfa</i>
Sintomas Físicos	0.85	0.83
Sintomas Sociais	0.88	0.90
Sintomas Psíquicos	0.92	0.93

Fonte: Elaboração própria.

*Escala validada por Ferreira e Mendes (2003).

No Quadro 45 apresentam-se os resultados dos inquiridos na E.S.R.T. (Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho) e analisam-se os resultados das subescalas de

sintomas físicos, sociais e psíquicos. A partir destes resultados podemos conhecer o tipo de sintomatologia que os docentes da Universidade Óscar Ribas apresentam.

Quadro 45. Apresentação dos resultados sobre sintomas físicos, sociais e psíquicos

E.S.R.T. Resultados	Subescalas					
	Sintomas Físicos		Sintomas Sociais		Sintomas Psíquicos	
	N	%	N	%	N	%
Av. Mais satisfatória	42	75	50	89,3	49	87,5
Av. Moderada	14	25	6	10,7	6	10,7
Av. Crítica	0	0	0	0	1	1,8
Total	56 (100%)					

Fonte: Inquérito por questionário realizado aos docentes da U.O.R..

Os dados do Quadro 45 demonstram muito baixos índices de sintomatologia associada à atividade profissional nos docentes inquiridos, uma vez que 75% dos docentes apresentou uma avaliação mais satisfatória em sintomas físicos. Por seu turno, 89% obteve avaliação mais satisfatória em sintomas sociais e 88% apresentou, também, uma avaliação mais satisfatória em sintomas psíquicos. Nenhum dos participantes obteve avaliação crítica ou elevados níveis de sintomatologia física e social. Apenas 2% manifestou afetação psíquica devido à atividade docente.

Ao conjugar os resultados da Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho com os resultados obtidos na Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho, verificamos que os docentes inquiridos indicaram uma avaliação crítica no fator de prazer no trabalho, ou seja, baixos níveis de prazer associados à atividade profissional. Também revelaram uma avaliação mais satisfatória no fator de sofrimento no trabalho, ou seja, níveis baixos de sofrimento relacionado com a atividade docente. A coexistência de baixos níveis em ambos fatores (prazer e sofrimento) são indicador do uso de estratégias defensivas por parte dos inquiridos. Essas estratégias (coletivas, individuais ou ambas) parecem estar a revelar-se eficazes, uma vez que a grande maioria dos docentes avaliados apresentou resultados mais satisfatórios em sintomas físicos, sociais e psíquicos, ou seja, revelaram praticamente ausência de sintomatologia associada à atividade profissional.

6.4. Análise bivariada e discussão dos resultados

Após a apresentação dos resultados qualitativos e quantitativos desta pesquisa, procedeu-se à análise da medida de concordância (índice de Kappa) entre as duas técnicas (inquérito por entrevista e inquérito por questionário), para as variáveis de prazer (liberdade

de expressão e realização profissional) e de sofrimento (falta de reconhecimento e esgotamento emocional), procurando assim minimizar o viés possivelmente introduzido na análise de conteúdo elaborada. Concluiu-se a existência de concordância entre os resultados obtidos com as duas técnicas. Observemos o Quadro 46, o qual apresenta os resultados da análise da medida de concordância entre as técnicas e os respectivos índices de Kappa, em cada variável.

Quadro 46. Análise da medida de concordância entre as técnicas (inquérito por entrevista e por questionário) e os respectivos índices de Kappa

Variáveis	% de acertos	Índice de Kappa (<i>k</i>)	Significância (<i>p</i>)
Realização profissional	86	0,72	0,09
Liberdade de expressão	77	0,53	0,11
Esgotamento emocional	68	0,36	0,12
Falta de reconhecimento	66	0,34	0,12

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados da análise de concordância (Índice de kappa).

A observação do Quadro 46 permite concluir a existência de um maior índice de concordância entre as variáveis que representam os indicadores de prazer (a realização profissional e a liberdade de expressão), do que entre as variáveis que representam os indicadores de sofrimento (o esgotamento emocional e a falta de reconhecimento). Estes resultados permitem, por um lado, confirmar a presença ou uso de estratégias defensivas face às dificuldades e sofrimento gerado pelo trabalho que realizam, e por outro, perceber a tentativa de os docentes darem uma imagem mais favorável de si mesmos no inquérito por entrevista. Até porque, verificamos percentagens mais elevadas nesta técnica do que através dos questionários: 46% dos docentes dizem-se realizados profissionalmente no questionário e 54% na entrevista; 52% dos inquiridos por questionário, refere ter liberdade de expressão no seu local de trabalho, ao passo que em entrevista (61%) manifesta ter liberdade de expressão; no inquérito por questionário 57% dos docentes dizem-se esgotados emocionalmente e em entrevista apenas 46% manifesta esgotamento emocional.

Estes dados confirmam a tentativa de dar uma boa imagem de si mesmos, mascarando o sofrimento sentido. Contudo, os resultados no indicador “falta de reconhecimento” revelam-se mais elevados no inquérito por entrevista (57%) do que no questionário (41%). Parece que a possibilidade de os docentes expressarem e manifestarem

o seu descontentamento com a organização de trabalho se revelou efetivo através das suas narrativas.

Estas conclusões e a literatura analisada sugerem ser uma mais-valia a fala dos trabalhadores (L. Mendes *et al.*, 2007). Sendo assim, consideramos as variáveis do inquérito por entrevista para fazer as análises de tabulação cruzada para podermos descrever a relação entre as variáveis das diferentes categorias em análise: trabalho (condições de trabalho, organização do trabalho, relações socioprofissionais, prestígio profissional); saúde (prazer, realização profissional, liberdade de expressão, saúde atual, tempo para desporto, tempo para lazer e personalidade forte), sofrimento (esgotamento emocional e falta de reconhecimento) e as variáveis sociodemográficas (nacionalidade, sexo, idade, habilitações literárias e estado civil) e socioprofissionais (tempo de serviço, tipo de contrato, turno de trabalho, exercício de cargos de gestão e de outro emprego). No entanto, antes de se proceder às análises de tabulação cruzada, algumas das variáveis quer da análise qualitativa como da quantitativa, necessitaram de ser recodificadas, de acordo com os aspetos que passamos a explicar.

Nos Quadros 31 e 32, que representam respetivamente as variáveis “condições de trabalho” e “organização do trabalho”, verificamos que as respostas “boas” para condições de trabalho e “boa” para a organização do trabalho, se subdividem em positivo e negativo. São notificadas como negativas as narrativas cujo conteúdo ou semântica manifestaram apenas aspetos negativos sobre o tema em causa. Estas respostas foram recodificadas como “más” ou “má”. O mesmo sucedeu para a variável “relações socioprofissionais”. Para as variáveis “prestígio profissional”, “realização profissional” e “liberdade de expressão”, as respostas “sim” com conteúdo positivo mantêm o “sim”. Aquelas que têm conteúdo negativo foram recodificadas em “não” (Quadro 47).

No Quadro 43 (são apresentados os resultados sobre prazer, sofrimento e respetivos indicadores), e no Quadro 45 (apresenta os resultados sobre sintomas físicos, sociais e psíquicos), constata-se a fraca representatividade dos grupos “crítico”, pelo que estes grupos (menos representativos) foram agrupados ao “moderado”, por forma a conseguir-se extrair resultados mais significativos para a amostra em estudo. Assim, as variáveis em causa foram recodificadas como se pode observar no Quadro 47.

Quadro 47. Recodificação das variáveis

Variáveis do inquérito por entrevista			Variáveis do inquérito por questionário			
Condições e organização do trabalho	Relações socioprofissionais	Prestígio Realização Liberdade	Prazer e seus indicadores		Sufrimento e seus indicadores	Sintomas (físicos, sociais e psíquicos)
Boa(s) <i>Positivo</i>	Boa (s)	Sim	Av. mais satisfatória	Mais	Sem	Sem
Boa(s) <i>Negativo</i> Má(s)	Má(s)	Não	Av. Moderada Av. crítica	Menos	Com	Com

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados do inquérito por entrevista e por questionário.

Apresentaremos em seguida as análises de tabulação cruzada, para as variáveis que consideramos mais importantes, na medida em que respondem às questões de partida e aos objetivos desta pesquisa. Relembramos que para as variáveis em que não se verifica uma relação ou associação (seja ela positiva ou negativa) serão descritas apenas as tendências observadas (os resíduos positivos - valores compreendidos entre 0,1 e 2 exclusive). As variáveis que apresentam resíduos iguais ou superiores ao valor 2 confirmam a existência de associação, pelo que será descrito o seu grau de significância (p). Sabendo que a robustez do Teste de Independência do Qui-Quadrado de *Pearson* obriga à verificação de pressupostos (menos de 20% de células com valor esperado inferior a 5 e nenhuma célula com valor esperado inferior a 1) para a sua utilização, caso contrário, a sua robustez fica em causa, nesses casos utiliza-se um teste mais robusto para pequenas amostras, o *Teste Exato de Fisher*. Assim, o grau de significância (p) descrito é de *Pearson*, caso não haja violação de pressuposto. Se houver, o ' p ' apresentado será o de Fisher, pois em ambos os casos se confirma a associação entre variáveis.

Começamos por apresentar a análise de tabulação cruzada que analise a relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis “condições de trabalho”, “organização do trabalho” e a sintomatologia (sintomas físicos, sociais e psíquicos) associada à atividade laboral. Observemos o Quadro 48 sobre a relação entre variáveis sociodemográficas e as condições e organização de trabalho e a sintomatologia associada.

Quadro 48. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis do contexto de trabalho e sintomatologia

	Condições trabalho (Boas)	Organização trabalho (Boa)	Sintomas		
			Físicos (Sem)	Sociais (Sem)	Psíquicos (Sem)
Nacionalidade	Angolana (1,5)	Angolana (1,7) Cubana (1,7)	Angolana (1,2)	Angolana (1,9)	Angolana (3,2) $p=0,003$
Género	Masculino (1,2)	Masculino (1,1)	Masculino (2,2) $p=0,05$	Masculino (0,8)	Masculino (0,4)
Idade	23-30 (1,0) 41-50 (1,7)	41-50 (0,6) ≥ 51 (1,5)	23-30 (1,1) 31-40 (2,2) $p=0,03$	31-40 (0,9)	31-40 (1,1) 41-50 (0,4)
Habilitações	Pós-grad. (0,9) PhD (1,3)	Pós-grad. (0,8) PhD (0,4)	Lic. (2,3) $p=0,01$ Pós-grad. (0,8) PhD (0,6)	Lic. (0,5)	Lic. (1,6)
Tempo serviço	6-15 (1,6)	≥ 16 (2,4) $p=0,03$	6-15 (1,5)	6-15 (0,4)	6-15 (1,5)
Carga horária	4-10 (0,9) 17-30 (0,8)	17-30 (1,0)	4-10 (1,2)	4-10 (1,1)	4-10 (1,4)
Turno	Noturno (0,6)	Misto (0,9)	Noturno (1,1)	Diurno (1,4)	Diurno (1,6)
Contrato	Integral (0,5)	-	Parcial (0,9)	Integral (0,1)	Parcial (1,3)
Cargos gestão	Sim (1,0)	-	Não (2,2) $p=0,04$	Não (1,0)	Não (1,8)
Outro emprego	Não (0,5)	Sim (1,7)	Sim (0,2)	Não (0,1)	Sim (1,3)
Tempo de lazer	≥ 5 (1,3)	3-4 (1,5)	≥ 5 (1,6) 1-2 (0,9)	1-2 (0,9)	1-2 (1,2)
Tempo para desporto	3-4 (1,2)	3-4 (1,3) 1-2 (1,7)	≥ 5 (1,0) 1-2 (1,7)	≥ 5 (0,6)	≥ 5 (0,7) 1-2 (1,3)
Saúde atual	M/ Boa (1,3)	Razoável (1,1)	Muito boa (1,6) Boa (1,6)	M/boa (1,0) Boa (1,7)	M/ boa (1,1) Boa (1,2)
Prazer (mais)	Mais (1,9)	Mais (1,1)	Sem (1,0)	Sem (2,2) $p=0,03$	Sem (2,4) $p=0,02$
Sofrimento (sem)	Sem (2,8) $p=0,005$	Sem (2,7) $p=0,01$	Sem (2,8) $p=0,01$	Sem (1,7)	Sem (2,8) $p=0,01$
Físicos	Sem (1,1)	Sem (0,9)			
Sociais	Sem (1,0)	Com (0,9)			
Psíquicos	Sem (1,3)	Com (0,4)			

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados de análise das variáveis em S.P.S.S..

Com base no Quadro 48 podemos afirmar que os docentes mais jovens, masculinos e de nacionalidade angolana apresentam resultados mais satisfatórios em todas as variáveis.

A maioria das análises de tabulação cruzada entre as condições de trabalho e as variáveis sociodemográficas, não se revelaram significativas, no entanto registam-se algumas tendências.

Em primeiro lugar, 42% dos angolanos consideram ter boas condições de trabalho, que para o caso dos portugueses é de 30% e para os cubanos e outros de 25%. As falhas que os docentes destacam, como barulho, má climatização e sobrelotação das salas de aula,

falhas e faltas em instrumentos e equipamentos de trabalho, são fatores destacados na literatura como dificultadores da atividade docente (Santos, 2006a; Mendes, 2016). As debilidades que se verificaram ao nível das condições de trabalho, devem ser analisadas ao nível do contexto/território (Angola) e a esse nível também observamos que os docentes apontaram a U.O.R. como tendo boas condições de trabalho comparativamente com outras universidades em Luanda, o que não deixa de ser um fator positivo e um indicador favorável sobre a U.O.R.. Portanto, por uma questão de adaptação dos angolanos ao seu contexto sociocultural, são estes os que menos se queixam das suas condições de trabalho.

Em segundo lugar, há mais homens (42%) a considerarem que têm boas condições de trabalho do que mulheres (25%). Este aspeto também é amplamente reconhecido na literatura, ou seja, que as mulheres são mais sensíveis e exigentes, tratando-se de diferenças de género (Cruz, 2010; Santos e Santiago, 2010; Teixeira, 2010).

No que respeita à idade, 50% dos mais novos (entre os 23 e os 30 anos) e dos que têm entre 41 e 50 anos indicaram a existência de boas condições de trabalho na U.O.R.. Porém, todos os docentes mais velhos (com idade igual ou superior a 50 anos) indicaram ter más condições de trabalho. Tal como demonstram Belluschi e Fisher (1999) e Odebrecht (2003), parece existir uma relação entre condições de trabalho e o envelhecimento funcional.

Importa também recordar que as habilitações influenciaram a perceção sobre as condições de trabalho, uma vez que foram os doutorados (57%) que indicaram ter melhores condições de trabalho *versus* 82% dos que tinham grau de mestre, assim como 63% dos licenciados, que referiram ter más condições de trabalho.

Também 36% dos docentes com tempo de serviço até 5 anos e 48% dos que tinham entre 6 a 15 anos de tempo de serviço, consideraram más as suas condições de trabalho, ou seja, os que tinham um tempo de serviço inferior a 15 anos tenderam a considerar boas as suas condições de trabalho, e os que tinham 16 ou mais anos de tempo de serviço, tenderam a considerá-las más.

Por último, 40% dos docentes com contrato a tempo integral (efetivos) manifestaram ter boas condições de trabalho para apenas 33% dos que tinham contrato a tempo parcial. Deste modo, os que não têm vínculo à instituição foram os que se queixaram das suas condições de trabalho, manifestando a precariedade das condições de trabalho e a instabilidade da contratação de professores (Léda, 2006; Mancebo, 2007; Carvalho, 2010; Anselmo, 2011; Santos *et al.*, 2014).

No que concerne à organização de trabalho, apurou-se que esta variável apenas manifestou uma associação positiva ($p = 0,03$) com o tempo de serviço, pois quanto mais elevado foi o tempo de serviço melhor foi percebida a organização do trabalho, que foi considerada boa por 32% dos docentes com tempo de serviço até 5 anos, por 52% dos que tinham entre 6 e 15 anos de serviço e por 82% dos que tinham 16 ou mais anos de tempo de serviço. Em relação às outras variáveis registam-se as seguintes tendências.

A nacionalidade que a considera melhor é a angolana (58%), seguida da cubana (50%), de outras (25%) e por último da portuguesa (20%). Estes resultados podem dever-se a fatores socioculturais que são semelhantes entre os angolanos e os cubanos, mas distintos do nível e da qualidade de vida na Europa. O género que considerou ser melhor foi o masculino (56% *versus* 40% para o feminino).

Houve uma tendência para, à medida que a idade avança, os docentes desta pesquisa considerarem a sua organização do trabalho boa, uma vez que, 40% dos docentes entre os 23 e os 40 anos, 55% dos que tinham entre 41 e os 50 anos e 75% dos que tinham 50 ou mais anos de idade consideraram boa a organização de trabalho. Este aspeto pode ser devido à adaptação do trabalhador à sua organização de trabalho, desenvolvimento de sentimentos de resignação e conformidade (Dejours, 2009).

As habilitações não influenciaram na perceção da organização de trabalho, mas verificou-se uma tendência para os mais graduados a considerarem boa, uma vez que, dos inquiridos que consideram boa a sua organização de trabalho, 63% eram pós-graduados, 57% eram doutorados, 53% eram mestres e 42% eram licenciados.

O tipo de contrato de trabalho e o exercício de cargos de gestão, não exerceram qualquer influência sobre a perceção da organização do trabalho, uma vez que, 50% dos docentes a tempo integral e 50% dos docentes a tempo parcial, a consideraram boa.

Com base nos resultados apresentados no Quadro 48, verifica-se uma tendência para os docentes que consideraram ter boas condições de trabalho (60%) e uma boa organização de trabalho (50%), vivenciarem mais sentimentos de prazer no trabalho que realizam. Assim como se verificaram associações entre - boas condições de trabalho ($p=0,005$) e a boa organização de trabalho ($p=0,01$) - e a ausência de sofrimento no local de trabalho para 75% e 68%, respetivamente, dos docentes inquiridos.

Constatam-se, ainda, tendências para a inexistência de sintomatologia (física, social e psíquica) quando as condições de trabalho são percebidas como boas. O mesmo se verificou para a organização de trabalho e a inexistência de sintomatologia física. No entanto, encontram-se tendências para a existência de sintomatologia social em 52% dos

docentes inquiridos e sintomatologia psíquica em 51% destes. Tais resultados, confirmam que apesar das vivências de prazer no trabalho dos docentes inquiridos, uma parte destes, vivencia sofrimento, pelo que faz uso de estratégias defensivas (Areosa, 2013; Dejours, 2012a). Mesmo aqueles que exibiram e relataram experiências de prazer no trabalho sabemos que estes sentimentos de prazer podem ser resultado do uso de estratégias defensivas. Por outro lado, e sabendo que a organização do trabalho tem impacto sobre o psiquismo dos trabalhadores e são os que sofrem este impacto que indicam ter boa organização de trabalho, podem estar a fazê-lo por dois motivos: medo de retaliações (falta de liberdade de expressão no local de trabalho) e/ou alienação (Dejours, 2009).

Para as variáveis relacionadas com os sintomas físicos, sociais e psíquicos, apurou-se, em primeiro lugar, que 94% dos docentes mais jovens (entre os 31 e os 40 anos) não apresentaram sintomas físicos, sociais e psíquicos, havendo inclusive uma associação ($p=0,03$) entre a idade e a ausência de sintomas físicos, como se observa no Quadro 56.

Em segundo lugar, ao nível das habilitações, na sua generalidade, verifica-se que foram os licenciados os que se apresentaram sem sintomatologia, encontrando-se uma associação ($p=0,01$) entre estes e a inexistência de sintomas físicos.

Relativamente à carga horária, à medida que esta aumenta há tendência para a existência de sintomas (físicos, sociais e psíquicos). Sendo assim, entre as 4 e as 10 horas letivas semanais, 86% dos docentes não exhibe sintomas físicos e 95% não apresenta sintomas sociais ou psíquicos. Quando a carga horária é superior a 17 horas semanais há uma tendência mais elevada (1,9 – em 46% dos docentes) para o aparecimento de sintomas físicos, e um pouco menor para sintomas sociais (0,9 – em 18% dos docentes) e psíquicos (0,6 – em 18% dos docentes);

No que concerne ao turno de trabalho, constata-se que desde que os docentes exerçam atividades letivas em apenas um turno, seja diurno ou noturno, não apresentam sintomatologia de qualquer tipo. Todavia, há uma associação ($p=0,01$) que indica o aparecimento de sintomatologia física quando os docentes (100%) não têm tempo para lazer e uma tendência elevada (1,6) que indica que 90% dos docentes que têm mais de 5 horas semanais para lazer, não apresentam sintomas físicos. No mesmo sentido, desde que os docentes disponham de uma a duas horas semanais para lazer há tendência para 95% dos inquiridos não manifestarem sintomas sociais (0,9) ou psíquicos (1,2).

Quando os docentes disponibilizam mais de 5 horas semanais para atividades desportivas, há tendência para não apresentarem sintomatologia física (1,0), social (0,6) e

psíquica (0,7). O mesmo se verificou nos inquiridos que avaliaram o seu estado de saúde atual como “muito bom”, denunciando a tendência para não apresentarem sintomatologia física (1,6), social (1,0) e psíquica (1,1).

Importa ainda referenciar que há uma tendência (1,0) para 80% dos docentes vivenciarem mais prazer quando não apresentam sintomas físicos e há associação entre a vivência do prazer no trabalho quando os docentes não manifestam sintomas sociais ($p=0,03$) nem sintomas psíquicos ($p=0,02$). Estes resultados são compatíveis com os resultados de tabulação cruzada entre sintomas e sofrimento, uma vez que se verifica uma tendência elevada (1,7) para 96% dos docentes não apresentarem sintomas sociais nem sofrimento e uma associação ($p=0,01$) para a inexistência de sintomas físicos e psíquicos, nem de sofrimento, como se observa no Quadro 48.

Segue-se uma análise dos resultados sobre o contexto de trabalho, relacionado com as variáveis do ambiente humano ou relacional na Universidade Óscar Ribas, que pode ser traduzido pelos resultados da análise das variáveis “ambiente de trabalho” e “relações socioprofissionais”. Observemos o Quadro 49.

Quadro 49. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas e as variáveis sobre ambiente de trabalho e relações socioprofissionais

	Relações socioprofissionais		Ambiente de trabalho (Bom)
	Chefias (Boa)	Colegas (Boa)	
Nacionalidade	Cubana (1,4)	Angolana (1,0); Cubana (0,7)	Angolana (2,1) $p=0,18$
Género	Masculino (0,6)	Masculino (0,8)	Masculino (1,5)
Idade	23-30 (0,8)	23-30 (1,2)	23-30 (1,8)
Habilitações	Pós-graduado (0,4)	Licenciado (2,2) $p=0,05$	Pós-graduado (2,1) $p=0,11$
Tempo serviço	6-15 (1,2); ≥ 16 (1,0)	6-15 (1,3)	≥ 16 (0,7)
Carga horária	4-10 (0,8)	4-10 (2,0) $p=0,07$	4-10 (1,0); 17-30 (1,4)
Turno	Misto (0,5)	Noturno (0,7)	Noturno (0,9)
Contrato	-	Parcial (2,6) $p=0,02$	Parcial (1,5)
Cargos gestão	-	Não (2,2) $p=0,06$	Não (0,2)
Outro emprego	Sim (0,6)	Sim (1,7)	Sim (2,1) $p=0,04$
Saúde atual	Razoável (1,5)	Boa e Razoável (0,9)	Razoável (1,4)
Personalidade forte	Sim (0,9)	Não (0,6)	Não (1,2)
Prazer	Mais (0,8)	Mais (2,2) $p=0,03$	Mais (0,6)
Sofrimento	Sem (0,2)	Sem (2,6) $p=0,02$	Sem (0,5)

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados de análise das variáveis em S.P.S.S..

Para a variável “relações socioprofissionais”, apenas apresentamos os resultados entre docentes e as suas chefias e os seus colegas, uma vez que, para o relacionamento com os seus alunos, 100% dos docentes referiu ter uma boa relação, como vimos na análise de conteúdo. Todos os docentes ($n=56$), das diferentes nacionalidades, referiram um bom relacionamento com os alunos, como sendo uma relação baseada no apoio e respeito mútuo. Apenas 13% dos docentes mencionaram que os seus alunos tinham muitas dificuldades e falta de bases para a aprendizagem (não há termo de comparação por termos apenas uma categoria “boa”).

No relacionamento com as suas chefias, não se apuraram diferenças significativas, apenas tendências. No entanto, para a variável “bom” relacionamento com os colegas de trabalho, encontraram-se algumas diferenças significativas: com a vivência de sentimentos de prazer no trabalho ($p=0,03$) e não vivenciarem sofrimento no trabalho ($p=0,02$); com o relacionamento entre docentes licenciados ($p=0,05$); entre os docentes em regime de tempo parcial ($p=0,02$) e entre docentes que não exercem cargos de gestão ($p=0,06$).

Para a variável “ambiente de trabalho” encontraram-se três associações, com a nacionalidade angolana ($p=0,18$), com os pós-graduados ($p=0,11$) e com o exercício de outra atividade profissional ($p=0,04$), o que indica que são estas categorias que consideraram melhor o ambiente de trabalho.

Apuraram-se várias tendências. Em primeiro lugar, e relativamente à nacionalidade, os docentes cubanos, indicaram ter boas relações socioprofissionais com as suas chefias e com os seus colegas. A nacionalidade angolana foi a que considerou ter melhor ambiente de trabalho, uma vez que 63% dos angolanos referiu ter bom ambiente de trabalho. No caso das restantes nacionalidades, encontraram-se os seguintes resultados: 50% dos cubanos, 30% dos portugueses e 25% dos docentes de outras nacionalidades. Tal fato pode ser justificado pelo contexto sociocultural cubano ser semelhante ao angolano, porém esta hipótese carece de verificação científica e poderá vir a ser analisada com mais pormenor num outro estudo, pois necessita de mais investigação.

Quanto ao sexo, verificamos que as mulheres (65% e 85%) revelaram percentagens relativamente mais baixas do que os homens (72% e 92%) no relacionamento, respetivamente, com as chefias e com os pares. Verificou-se uma tendência do sexo masculino para apresentar um melhor relacionamento entre colegas (0,8) e com os chefes (0,6) e também para considerarem o ambiente de trabalho como bom (1,5). As mulheres, na sua maioria, apresentaram uma tendência (1,5) contrária à dos homens, percecionando o seu ambiente de trabalho como mau. Tal pode dever-se às diferenças de género,

manifestadas através da socialização de papéis e que se substanciam em diferenças de caráter/identidade, como muitos autores defendem (e.g., Cruz, 2010; Santos e Santiago, 2010; Teixeira, 2010) e, por isso, mais defensivas no relacionamento interpessoal, devido à sua maior sensibilidade.

No que diz respeito à idade, foram os mais jovens (entre os 23 e os 30 anos de idade) que na sua generalidade tenderam a apresentar boas relações com as chefias (0,8) e com os colegas (1,2) e também consideraram bom o ambiente de trabalho (1,8).

Ao nível das habilitações, observou-se uma tendência para um melhor relacionamento entre chefias e pós-graduados (0,4). Quanto ao relacionamento entre colegas ocorreram diferenças significativas ($p=0,05$) sendo de 100% para os licenciados, de 88% para os pós-graduados, de 77% para mestres e de 86% para doutorados, ou seja, os menos graduados relacionam-se melhor com os pares e os mais graduados relacionam-se melhor com as chefias. São os pós-graduados que melhor caracterizam o ambiente de trabalho existindo aqui uma associação ($p=0,11$) ou seja, 88% dos pós-graduados consideraram bom o ambiente de trabalho, enquanto a percentagem foi de 57% para os doutorados e de 54% para os licenciados. Já 65% dos mestres revelaram uma tendência contrária (1,8) considerando mau o ambiente de trabalho.

Ressalte-se ainda que os docentes que possuíam entre 6 a 15 anos de tempo de serviço tinham melhores relações com as suas chefias (1,2) e com os seus colegas (1,3), do que os restantes. Também se verificou uma tendência para os docentes com menos carga horária (entre 4 a 10 horas semanais) terem boas relações com as suas chefias (0,8) e considerarem bom o seu ambiente de trabalho. No relacionamento com os colegas e comparando com a menor carga horária, apurou-se uma associação ($p=0,07$), verificando-se que todos os docentes (100%) que consideraram ter um bom relacionamento com os seus colegas tinham poucas horas letivas semanais.

Os docentes que não exerciam cargos de gestão foram os que melhor se relacionavam com os seus pares e os que tendiam a considerar melhor o ambiente de trabalho. Quanto ao relacionamento com chefias não se verificaram diferenças significativas, ou seja, não houve diferenças entre o exercício ou não de cargos de gestão.

Por último, os docentes que tinham boas relações com os seus colegas apresentaram mais prazer ($p=0,03$) e ausência de sofrimento ($p=0,02$), verificando-se associações nestas variáveis. Deste modo, o bom relacionamento com os colegas parece ser significativo para as vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Analisaremos agora as experiências/vivência de prazer no trabalho dos docentes que laboram na Universidade Óscar Ribas (Quadro 50).

Quadro 50. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis de prazer e seus indicadores

	Prazer (Mais)	Realização profissional (Sim)	Liberdade de expressão (Sim)
Nacionalidade	Angolana (1,0)	Angolana (0,4) Cubana (0,9)	Angolana (2,9) $p=0,009$
Género	Masculino (1,4)	Masculino (0,4)	Masculino (0,7)
Idade	-	41-50 (1,8)	23-30 (0,7) 31-40 (1,2)
Estado civil	Solteiro (1,6)	Solteiro (1,2)	Solteiro (1,2)
Filhos	3-4 (0,9) ≥ 5 (1,3)	3-4 (1,2) ≥ 5 (0,9)	3-4 (0,9) ≥ 5 (0,6)
Habilitações	Doutorado (0,8)	Pós-graduado (0,5) Doutorado (1,0)	Pós-graduado (0,9)
Tempo serviço	0-5 (0,3)	6-15 (0,9)	6-15 (1,7)
Carga horária	4-10 (1,1) 17-30 (0,2)	4-10 (1,0)	4-10 (1,3) 17-30 (1,6)
Turno	Noturno (1,3)	Diurno (1,3) Noturno (0,9)	Noturno (0,6)
Contrato	Parcial (0,9)	Integral (0,2)	Parcial (0,7)
Cargos gestão	Não (0,9)	Sim (0,4)	Não (1,5)
Outro emprego	Sim (0,9)	Sim (1,0)	Sim (1,2)
Tempo de lazer	≥ 5 (1,1)	≥ 5 (0,5) Nenhuma (0,5)	≥ 5 (0,8)
Tempo para desporto	1-2 (1,4)	1-2 (1,8)	1-2 (0,5) e ≥ 5 (1,2)
Saúde atual	Muito boa (0,8) Boa (1,6)	Boa (2,1) $p=0,10$	Muito boa (0,6) Razoável (0,6)
Personalidade forte	Não (0,3)	Sim (0,7)	Sim (0,7)

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados de análise das variáveis em S.P.S.S..

Para a variável “prazer”, apesar de não existirem diferenças significativas, destacam-se os seguintes resultados. Entre as nacionalidades ($p=0,71$), observa-se um maior sentimento de prazer nos angolanos, uma vez que é referenciado por 47% destes *versus* 40% dos portugueses e 25% dos cubanos e dos docentes de outras nacionalidades. Em relação ao género não existem diferenças significativas ($p=0,15$), mas parece que os homens (50%) têm mais prazer do que as mulheres (30%). No que respeita à idade, também não se verificaram diferenças significativas ($p=0,92$), mas observou-se a existência de maior prazer em 50% dos docentes mais jovens (entre os 23 e os 30 anos) seguindo-se 45% dos que tinham entre 41 e 50 anos e os restantes com 38%.

Para o estado civil verificou-se uma tendência (1,6) para os solteiros (60%) apresentarem mais prazer do que os possuíam outros estados (de 43% para os que viviam maritalmente, de 36% para os casados e com menos prazer os divorciados - 33%).

Ao nível das habilitações, à medida que estas aumentavam, aumentou o prazer, contudo, não existe uma significância estatística nesta relação ($p=0,78$). Os docentes que apresentaram mais prazer foram os doutorados com 57%, seguindo-se os mestres com 47% e os licenciados e pós-graduados com 38% cada.

Quanto ao tempo de serviço e à predominância do sentimento de prazer, não se verificaram diferenças significativas ($p=0,89$). Verificou-se uma tendência (1,1) para a existência de maior prazer nos docentes com menor carga horária (entre 4 a 10 horas) de 52% *versus* 46% dos docentes que tinham carga semanal entre 17 e 30 horas, e 33% nos docentes que tinham entre 11 e 16 horas semanais.

Em relação ao turno de trabalho foi comprovada uma tendência (1,3) para um maior prazer nos docentes que exerciam no turno da noite (75%), e uma tendência (1,0) para o turno misto apresentar menos prazer, ou seja, se o trabalho for exercido em apenas um turno, é mais prazeroso para os docentes.

No que concerne ao contrato de trabalho não se registou uma relação significativa ($p=0,38$) com o prazer no trabalho, ainda que tenha havido um predomínio do prazer nos docentes em regime de tempo parcial, ou seja, os docentes com menor carga horária e certamente com apenas um turno de trabalho. Buza e Canga (2013) indicam que muitos docentes preferem um vínculo parcial às instituições onde lecionam, pois em regime parcial não têm vínculo de dedicação exclusiva nem exigência em matéria de investigação científica além de poderem exercer noutras I.E.S..

Os docentes que não exerciam cargos de gestão apresentaram mais prazer (46%) do que aqueles que exerciam algum cargo de gestão (30%) na U.O.R.. A literatura revisada indica que as tarefas administrativas e burocráticas associadas a este tipo de trabalho é muitas vezes descrito como o menos prazeroso para os docentes, além de acarretarem uma extensão da jornada de trabalho (Garcia e Benevides-Pereira, 2003). Para que seja prazeroso, o trabalho deve favorecer oportunidades de aprendizagem (Dejours, 2004; Mendes, 2007a; Areosa, 2013).

Confirmando os dados que acabamos de descrever, ocorreu a tendência (0,9) para haver um maior sentimento de prazer nos docentes que exercem outra atividade profissional (47%), do que aqueles que não possuíam outro emprego (35%). Muitos docentes não exerciam a docência como atividade profissional principal, como o E. 27

(homem, com mais de 50 anos, português, mestre, empresário e docente do curso de Direito). No entanto, referiu ser esta a atividade que lhe conferia mais prazer.

Em relação ao tempo dedicado ao lazer, não se verificaram diferenças significativas ($p=0,58$) ainda que tenha havido uma tendência (1,1) para o maior prazer (53%) quando há mais tempo para lazer (mais de 5 horas semanais) e de apenas 33% quando não há tempo para lazer. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,30$), o resultado da relação entre tempo para a prática desportiva e o prazer no trabalho, é muito curioso. Observa-se uma tendência (1,4) para um maior sentimento de prazer quando os docentes despendem uma a duas horas para fazer desporto e uma tendência (1,5) para menos prazer no trabalho quando a dedicação à prática desportiva é igual ou superior a 5 horas semanais. Destaca-se ainda uma tendência (0,8) para 46% dos docentes que tinham boas relações com as suas chefias apresentarem mais prazer no trabalho havendo uma evidência (2,2) e diferenças significativas ($p=0,03$) para a associação entre o prazer no trabalho e o bom relacionamento entre colegas.

Por último, na relação entre prazer e o estado de saúde atual, comprovou-se uma tendência (1,6) para os docentes que avaliaram o seu estado de saúde atual de “muito bom” e “bom” para apresentarem mais prazer no trabalho (57% e 54%, respetivamente).

Para a variável “realização profissional”, apenas se encontrou uma relação com a variável relativa ao estado de saúde atual ($p=0,10$) indicando uma relação entre “muito boa” e “boa” saúde atual e a realização profissional.

Para as restantes variáveis destacam-se os seguintes resultados. Começou por se evidenciar uma tendência (0,9) para a nacionalidade cubana (75%) apresentar melhores resultados no indicador de realização profissional. Seguiram-se os angolanos (55%), os portugueses (50%) e os que revelaram uma menor realização foram os docentes de outras nacionalidades com apenas 25%. Relativamente ao género, os homens manifestaram estar um pouco mais realizados (56%) do que as mulheres (50%).

No que respeita à idade, a tendência foi para uma maior realização profissional dos docentes com idades entre os 41 e os 50 anos (70%), seguindo-se os grupos dos mais novos (entre os 23 e os 30) e dos mais velhos (idade superior a 50 anos) ambos com 50%.

Ao nível das habilitações a tendência (1,0) foi para os doutorados (71%) exibirem uma maior realização profissional, sendo de 63% para os pós-graduados, 53% para os mestres e de apenas 46% para os licenciados.

No tempo de serviço ocorreu uma tendência (0,9) para a maior realização profissional nos docentes que tinham entre 6 a 15 anos de tempo de serviço (61%), seguindo-se os que

lecionavam há mais de 15 anos (55%). Os menos realizados foram os docentes que lecionavam há menos de 5 anos. Este aspeto pode dever-se ao maior investimento que os docentes necessitam de fazer no início da carreira, contrariamente a Vieira (2005) que encontrou uma associação inversamente proporcional entre o tempo de serviço e a realização profissional em profissionais do teleatendimento, diferenças estas que podem ser explicadas pela natureza do tipo de trabalho e uso de estratégias defensivas diferenciadas. Couto (2008) descreve a relação entre o início da carreira e um maior esgotamento nos enfermeiros.

No que concerne ao regime de contrato, os docentes em regime de tempo integral apresentaram uma maior realização profissional, concordando com Vilela (2010), que descreve o regime de contratação docente um vínculo que permite o sentimento de segurança. No exercício de cargos de gestão, verificou-se uma maior realização profissional nos docentes que exerciam cargos de gestão (60%) versus naqueles que não possuíam cargos de gestão (52%). Estes docentes devem sentir as suas capacidades reconhecidas, o que aumenta o sentimento de realização profissional.

Nos docentes que detinham outro emprego além da atividade exercida na U.O.R., ainda que seja, docência noutra I.E.S., verificou-se uma tendência (1,0) para uma maior realização (58%) do que aqueles que não possuíam outro emprego (45%).

O sentimento de realização profissional surgiu com mais significado nos docentes que exerciam uma atividade desportiva uma a duas horas por semana (70%) verificando-se nestes uma tendência (1,8) para a realização. Foi detetada uma menor realização profissional naqueles que não despendiam de tempo para atividades desportivas semanais (45%). Sabemos que a atividade desportiva é um fator salutogénico ou promotor de saúde, e a sua inexistência ou o excesso de prática pode ser menos benéfico.

Para a variável “liberdade de expressão”, esta apenas revelou relação significativa ($p=0,09$) com a nacionalidade angolana. No grupo dos docentes angolanos 71% referiram ter liberdade de expressão no seu local de trabalho e os portugueses foram os que manifestaram menos liberdade de expressão (30%). Em relação a outras variáveis, apenas se verificaram tendências, destacando-se, em relação ao género, os homens sentirem mais liberdade de expressão (64%) do que as mulheres (55%) e para os mais novos apresentarem maior liberdade de expressão no local de trabalho. A natureza do vínculo à instituição não se revelou significativa para a liberdade de expressão no local de trabalho, ainda que houvesse uma tendência para a maior liberdade de expressão nos docentes em regime de tempo parcial (64% *versus* 55% dos que se encontravam em regime integral). Isto acontece,

talvez porque estes têm medo de represálias, tal como se verificou nas narrativas de alguns docentes (e.g., E.7, E.12, E.26); Quanto ao exercício de cargos de gestão, apesar de não se verificarem diferenças significativas ($p=0,14$) observa-se uma forte tendência (1,5) para a maior liberdade de expressão (65%) nos docentes que não exercem cargos de gestão *versus* 40% daqueles que possuem cargos de gestão na U.O.R.. No que concerne ao tempo de lazer e tempo para desporto, verificaram-se tendências (0,8 e 1,4 respetivamente) para uma maior liberdade de expressão nos docentes que despendem de 5 ou mais horas em atividades de lazer (68%) ou desportivas (100%).

No que respeita ao estado de saúde atual, observou-se uma tendência para uma maior liberdade de expressão nos docentes que avaliam a sua saúde como “muito boa” (71% *versus* 67% dos que indicaram uma saúde atual “razoável” e 57% dos que referiram ter “boa” saúde e 33% dos que consideram ter má saúde). Analisaremos agora as experiências/vivências de sofrimento no trabalho dos docentes que laboram na Universidade Óscar Ribas (Quadro 51).

Quadro 51. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis de sofrimento e seus indicadores

	Sufrimento (Sem)	Esgotamento emocional (Sem)	Falta reconhecimento (Sem)
Nacionalidade	Angolana (2,3) $p=0,05$	Angolana (1,5)	Portuguesa (0,5)
Género	Masculino (1,1)	Masculino (2,1) $p=0,04$	Feminino (0,8)
Idade	23-30 (0,7)	23-30 (0,4) 31-40 (0,8)	23-30 (1,9)
Estado civil	Solteiro (2,1) $p=0,14$	Solteiro (1,2) Divorciado (0,5)	Solteiro (1,6)
Filhos	Nenhum (1,1) ≥ 5 (1,3)	≥ 5 (1,9) 3-4 (0,7)	Nenhum (1,6)
Habilitações	Licenciado (1,1) Doutorado (0,4)	Mestrado (0,5) Doutorado (1,0)	Licenciado (0,9) Doutorado (0,8)
Tempo serviço	0-5 (0,5)	0-5 (1,2)	6-15 (2,3) $p=0,07$
Carga horária	4-10 (1,9)	4-10 (0,4)	4-10 (0,6)
Turno	Diurno (0,9) Noturno (2,1) $p=0,04$	Diurno (1,9) Noturno (1,9)	Noturno (0,3)
Contrato	Parcial (0,6)	Parcial (0,4)	Integral (1,4)
Cargos gestão	Não (2,1) $p=0,04$	Não (0,2)	Sim (1,2)
Outro emprego	Sim (0,6)	Sim (0,4)	Não (1,4)
Tempo de lazer	3-4 (0,9)	≥ 5 (2,7) $p=0,03$	≥ 5 (0,5)
Tempo para desporto	1-2 (2,8) $p=0,02$	≥ 5 (0,5) 3-4 (1,0) 1-2 (0,7)	3-4 (1,2) 1-2 (0,8)
Saúde atual	Muito boa (1,2) Boa (1,6)	Muito boa (2,6) $p=0,01$ Boa (0,5)	Muito boa (0,8)
Personalidade forte	Sim (2,1) $p=0,04$	Não (0,6)	Sim (0,9)

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados de análise das variáveis em S.P.S.S..

Como se pode observar no Quadro 51, a variável sofrimento e os seus indicadores apresentaram algumas diferenças significativas. Os docentes de nacionalidade angolana foram os que apresentaram uma avaliação mais satisfatória em sofrimento, uma vez que 61% destes não apresentaram sofrimento *versus* 50% dos cubanos e 30% dos portugueses. Já os docentes de outras (100%) nacionalidades exibiram sofrimento. Estes resultados indicam que os docentes expatriados estão mais expostos a vivências de sofrimento, tal como indica Freitas (2009) e Mann (2012). A mobilidade geográfica destes trabalhadores expõe-nos a um aumento do nível de *stress*, de frustração, de tensão emocional e de fragilização psicológica em virtude do desenraizamento.

Contudo, constata-se que os docentes portugueses se sentiam mais reconhecidos (0,5) do que os docentes angolanos e este aspeto pode dever-se ao fato de que são os docentes estrangeiros, que na sua maioria detêm os contratos a tempo integral, ou regime de efetividade, uma vez que 30% dos portugueses e 50% dos que possuem outra nacionalidade se enquadram neste regime laboral, sendo estes também os que exercem os cargos de gestão. O mesmo se verificou em relação ao sexo, pois foram as mulheres que tenderam (0,8) a sentir-se mais reconhecidas e este aspeto pode também ser devido ao tipo de contrato, uma vez que 40% das mulheres tinham vínculo integral e 60% dos homens encontravam-se em regime parcial.

Os dados do Quadro 51 também permitem verificar que os docentes mais jovens (com idades entre os 23 e os 30 anos) são os que evidenciaram tendências relacionadas com a variável sem sofrimento e seus indicadores. Confirma-se que os docentes que exerciam as suas atividades em apenas um turno de trabalho, seja diurno ou noturno, apresentaram uma associação ($p=0,04$) com a categoria sem sofrimento e tendências bastante elevadas (1,9) na variável sem esgotamento emocional e uma ligeira tendência a não experienciarem falta de reconhecimento no local de trabalho.

É curioso que os docentes solteiros se associam ($p=0,14$) à variável sem sofrimento e verificamos que os docentes casados (1,9) tenderam a manifestar vivências de sofrimento. Também se considera interessante destacar que a categoria sem sofrimento se associa ($p=0,04$) ao não exercício de cargos de gestão, denotando que esta atividade é exigente e que pode gerar sofrimento nos docentes que a executam. Também há tendência, ainda que ligeira (0,2), para estes docentes também não exibirem um esgotamento emocional, porém, os que exercem cargos de gestão tenderam (1,2) a sentir-se mais reconhecidos.

Constata-se ainda uma associação forte ($p=0,02$) entre “a realização de atividades desportivas” e a variável “sem sofrimento”, ainda que sejam despendidas apenas uma ou

duas horas semanais. O mesmo aconteceu com as tendências encontradas para os indicadores “sem esgotamento” e “sem falta de reconhecimento”. Confirmaram-se estes dados, através do benefício das atividades desportivas com uma associação forte ($p=0,01$) entre as auto-perceções mais positivas sobre “o estado de saúde atual” e a variável “sem esgotamento emocional”, e tendências significativas para a variável “sem sofrimento”.

Confirmou-se ainda que uma personalidade ou S.O.C. forte se associa à variável “sem sofrimento”. Luís Saboga Nunes (1999), comprovou num estudo com 643 indivíduos da região de Setúbal (freguesia de Alhos Vedros do município da Moita), que sujeitos com um S.O.C. forte se mostram menos atingidos em termos comportamentais, psicológicos, psicossomáticos e emocionais pelos efeitos adversos e stressantes aos quais estavam expostos. Quanto mais elevado é o resultado do S.O.C., mais forte o indivíduo é, mais capacidade tem para usar positiva e salutogenicamente os seus recursos pessoais e contextuais.

A nacionalidade que revelou um maior número de docentes que se autoavaliaram com personalidade forte foi a angolana, apresentando uma tendência (1,4) entre estas duas variáveis. Na realidade, 79% dos angolanos consideraram ter uma personalidade forte *versus* 75% dos cubanos e outros, e 50% dos portugueses.

Como vimos anteriormente, as características socioculturais do contexto parecem ser mais adversas aos sujeitos estrangeiros, uma vez que o S.O.C. se desenvolve através da interação com o ambiente, resultando num SOC forte e consistente à medida que a gestão das situações é feita mantendo a saúde (Antonovsky, 1978, 1991; Nunes, 1999, 2000).

Ocorreu uma relação significativa ($p=0,04$) com a variável “sem sofrimento”, ou seja, docentes com personalidade forte (forte Sentido de Coerência Interna) revelaram um menor ou nenhum sofrimento, com tendência a não apresentarem falta de reconhecimento ou esgotamento e ainda, tendência a vivenciar mais prazer, maior realização profissional e maior liberdade de expressão no trabalho. Demonstraram ainda uma maior apetência e eficácia para gerir os seus recursos pessoais e os do ambiente, a seu favor, mantendo a sua saúde, tal como descrito por Antonovsky (1978, 1991, 1996). Esta correlação foi também descrita em outras pesquisas sobre prazer e sofrimento no trabalho, nomeadamente por Guimarães (2008) e Vilela (2010). Guimarães (2008) realizou uma pesquisa com 99 trabalhadores de uma empresa de Tecnologia de Informação, em Campinas, São Paulo (Brasil). Vilela (2010) investigou 52 professores universitários de uma Faculdade de Educação que pertence à Universidade Pública de Belo Horizonte, Minas Gerais (Brasil).

Analisa-se agora o tipo de estratégias defensivas que os docentes da U.O.R. utilizavam, para enfrentar as experiências e vivências de sofrimento no trabalho (Quadro 52).

Quadro 52. Análise de tabulação cruzada entre variáveis sociodemográficas, variáveis das estratégias defensivas utilizadas pelos docentes

	Estratégias defensivas no trabalho		
	Individuais	Coletivas	Ambas
Nacionalidade	Angolanos (0,4) Outra (1,7)	-	Cubanos (1,8) Portugueses (0,7)
Género	Feminino (0,7)	Masculino (0,5)	Masculino (0,5)
Idade	23-30 (1,5) ≥ 51 (1,0)	31-40 (1,9)	41-50 (2,5) $p=0,16$
Habilitações	Pós-graduado (1,8)	Licenciado (1,3)	Doutorado (0,8) Mestrado (0,8)
Tempo serviço	0-5 (2,2) $p=0,04$	6-15 (0,4)	6-15 (0,7) ≥ 16 (2,3) $p=0,04$
Carga horária	4-10 (0,9) 11-16 (0,5)	17-30 (1,6)	17-30 (0,9)
Turno	Diurno (0,9); Noturno (1,7)	Misto (1,4)	Misto (1,1)
Contrato	Integral (0,1)	Parcial (1,5)	Integral (0,7)
Cargos gestão	Sim (0,8)	Não (1,0)	Não (0,3)
Outro emprego	Não (1,8)	Sim (1,5)	Sim (1,1)
Saúde atual	Má (1,5)	Muito Boa (0,8)	Razoável (1,7)
Tempo de lazer	Nenhum (1,5)	≥5 (0,7)	3-4 (0,6)
Personalidade forte	Sim (0,5)	Não (1,0)	Sim (1,0)
Ambiente de trabalho	Mau (0,9)	Bom (0,9)	Bom (0,5)
Prazer	Mais (0,5)	Mais (0,3)	Menos (0,7)
Sufrimento	Com (0,3)	-	Sem (0,3)
Realização profissional	Sim (0,2)	Não (0,1)	Não (0,1)
Liberdade expressão	-	Sim (1,7)	Não (0,9)
Falta de reconhecimento	Com (1,2)	Com (1,8)	Sem (2,2) $p=0,03$
Esgotamento emocional	Com (0,4)	Sem (0,9)	Com (0,1)
Sintomas físicos	Com (0,9)	Sem (1,1)	Sem (0,3)
Sintomas sociais	Sem (1,3)	Sem (0,7)	Com (1,8)
Sintomas psíquicos	Sem (0,1)	Sem (0,8)	Com (0,5)

Fonte: Elaboração própria com base nos resultados de análise das variáveis em S.P.S.S..

Para a variável “estratégias defensivas no trabalho”, salientam-se algumas associações com o tempo de serviço ($p=0,04$) indicando que os docentes com 16 ou mais anos de tempo de serviço faziam uso de ambas as estratégias (individuais e coletivas). Nos que detinham idades entre os 41 e os 50 anos também se denotou uma associação ($p=0,16$)

demonstrando que também estes privilegiavam o uso de ambos tipos de estratégias defensiva para enfrentar dificuldades ou problemas gerados no contexto de trabalho. Este tipo de estratégia é eficaz para reverter os efeitos da falta de reconhecimento existindo aqui uma nova associação ($p=0,03$). Destacam-se mais algumas tendências, tais como o fato de os docentes cubanos (1,8) e os portugueses (0,7) tenderem a fazer uso de ambos tipos de estratégia defensiva no trabalho. Em relação ao sexo verificou-se que as mulheres face a dificuldades ou problemas no contexto de trabalho utilizavam preferencialmente (0,7) estratégias defensivas de tipo individual. Os homens tendiam (0,5) a fazer uso de estratégias de tipo coletivo ou de ambas.

No âmbito das habilitações registou-se uma tendência dos licenciados (1,3) para utilizar as estratégias coletivas, os pós-graduados (1,8) fazem uso das estratégias individuais e os mais graduados (mestrados e doutorados) tendem (0,8) a utilizar os dois tipos de estratégia. Os docentes que exerciam cargos de gestão tendiam a fazer uso de estratégias mais centradas em si próprios (individuais), enquanto aqueles que não exerciam cargos de gestão usavam preferencialmente estratégias defensivas de tipo coletivo (1,3). Também os docentes que mencionaram ter uma personalidade forte, tenderam a empregar estratégias individuais ou ambas em caso de sofrimento em contexto laboral. No que toca à relação entre estado de saúde atual e o tipo de estratégia empregue para enfrentarem situações de sofrimento no trabalho, verificamos que em caso de boa saúde os docentes empregaram estratégias de tipo coletivo, apoiando-se nos colegas, em amigos, nos familiares. Por seu turno, aqueles que indicaram não ter boa saúde, fizeram uso de estratégias individuais. Esta constatação parece indicar que as estratégias individuais serão menos eficazes do que as coletivas, tal como Dejours (2004, 2009, 2012a) parece defender quando refere que o sofrimento é individual, mas a sua solução é coletiva.

Por último, como se pode observar no Quadro 52, as estratégias defensivas de tipo coletivo tendem a evitar qualquer tipo de sintomatologia, pelo que parecem ser as mais eficazes. Por seu turno, as estratégias individuais não conseguem amenizar os sintomas físicos (tais como, alterações de sono, as dores de cabeça e as dores no corpo - os *itens* físicos mais referenciados), parecendo-nos mais adequado nestes casos privilegiar o uso de estratégias coletivas. O mesmo se verifica quando emerge a sintomatologia psíquica (tal como irritação com tudo e sentimentos de tristeza), sendo as estratégias coletivas as mais indicadas e eficazes. Todavia, para subverter os sintomas sociais (sendo as dificuldades no relacionamento familiar, o desinteresse nas pessoas e as dificuldades em tomar decisões,

os *itens* mais referenciados na amostra estudada) já se consideram as estratégias individuais as mais eficazes.

6.5. Notas conclusivas

Neste capítulo foi realizada a discussão dos resultados sobre a saúde, o sofrimento e o trabalho docente na Universidade Óscar Ribas. Este capítulo subdividiu-se em três partes: a caracterização da amostra, onde se expuseram as informações pessoais e profissionais dos participantes; a análise dos resultados qualitativos, onde foram descritas e analisadas as narrativas dos entrevistados; e a análise dos resultados quantitativos, onde foram expostos os resultados dos inquiridos relativamente às duas escalas respondidas (informação sobre o prazer e sofrimento no trabalho e ainda o tipo de sintomatologia que estes revelavam em face do seu exercício profissional). Deste modo, foram analisados os indicadores de prazer e de sofrimento no trabalho, cujos dados interpretativos permitem perceber que os professores exibem uma boa saúde decorrente da sua relação com o trabalho e que em face do sofrimento, fazem uso de estratégias defensivas que permitem subverter em prazer o sofrimento sentido. Este capítulo foi encerrado com uma análise e discussão dos resultados qualitativos e quantitativos à luz de outras investigações realizadas sobre a saúde, o prazer e o sofrimento no trabalho docente.

Destacam-se os seguintes resultados:

- coexistem as vivências de prazer e sofrimento no grupo de docentes analisado;
- os docentes afetos ao departamento de Psicologia exibiram tendência para vivenciar o sofrimento no trabalho;
- os docentes que lecionavam no curso de gestão apresentaram-se sem prazer (1,4) e com sofrimento (1,1), não se sentindo realizados profissionalmente (0,6) nem manifestaram liberdade de expressão no local de trabalho, apresentando esgotamento emocional e falta de reconhecimento (0,6);
- os docentes de Engenharia eram os que vivenciavam mais prazer (1,0) e não apresentaram sofrimento;
- as vivências de sofrimento docente supõem o uso privilegiado de estratégias defensivas de tipo individual;
- o sofrimento surge relacionado com a extensa jornada de trabalho, que se verifica nos docentes que laboravam em turno misto (diurno e noturno), ao exercício de cargos de gestão, e ainda, surpreendentemente, uma tendência elevada (1,9) para o sofrimento no grupo dos casados;

- o contrato de trabalho a tempo parcial implica menos sofrimento e mais prazer, mais liberdade de expressão, porém menos realização profissional;
- o exercício de cargos de gestão implicou menos prazer e mais sofrimento, mas, uma maior realização profissional;
- a percepção de prestígio social surge relacionada com o exercício de cargos de gestão e a existência de um contrato em regime integral, mas não influencia o estado de saúde;
- o trabalho docente é valorizado por profissionais com outras carreiras que não a docente e exerce um papel de alternativa de sobrevivência (dada a fraca remuneração);
- a importância do fator mobilidade geográfica na saúde dos docentes, uma vez que os angolanos obtiveram melhores resultados em prazer e revelaram um menor sofrimento;
- foram os docentes portugueses que sentiram uma maior falta de reconhecimento por parte dos colegas, ainda que tenham revelado um maior reconhecimento por parte das chefias;
- o coletivo de trabalho não era coeso, não propiciando a mobilização de estratégias coletivas que facilitassem a conversão do sofrimento no trabalho em prazer;
- a organização do trabalho na U.O.R. exerce especial impacto sobre a saúde social e psíquica dos docentes, verificando-se que quando estes a consideravam boa, manifestavam uma sintomatologia social e psíquica, o que sugere o uso de estratégias defensivas para subverter os efeitos da organização do trabalho;
- as boas condições de trabalho influenciaram positivamente a saúde física, social e mental dos docentes da amostra estudada.

Capítulo 7. Considerações finais

Neste capítulo, o último da presente investigação, são tecidas as principais conclusões alcançadas. Apresentamos uma proposta de intervenção para a promoção da saúde no trabalho docente e ainda são descritas as limitações que surgiram ao longo deste percurso, assim como se sugerem e recomendam alguns procedimentos, cuidados e ferramentas para futuras investigações no domínio da saúde e do trabalho docente enquanto contributo para a Geografia Humana.

7.1. Principais conclusões

As principais conclusões que iremos descrever constituem as respostas alcançadas a partir das questões e dos objetivos que nortearam esta pesquisa, e que foram apresentadas na introdução da presente tese.

Assim, tentou-se responder à primeira questão e aos dois primeiros objetivos, que se centravam na análise da relação entre a percepção que os professores universitários da U.O.R. possuem, sobre as condições e a organização do trabalho, e os sintomas físicos e psicossociais relacionados com a sua atividade profissional.

Verificou-se uma associação positiva entre boas condições de trabalho ($p=0,01$) e ausência de sofrimento, indicando que a existência de boas condições de trabalho, é uma condição necessária para que os docentes não manifestem sofrimento. Na realidade, 75% dos docentes que referiram ter boas condições de trabalho, não manifestaram sofrimento, ao contrário dos 64% que indicaram ter más condições de trabalho. Esta associação fora já relatada por vários autores (Dejours, 1992, 1998, 2004, 2009; Belluschi e Fisher, 1999; Odebrecht, 2003; Franco, 2004; Azevedo e Lobo, 2013) mencionando a relação entre más condições de trabalho e o impacto deste sobre o corpo, uma vez que acelera o processo de envelhecimento. Foi analisada a relação entre condições de trabalho e sintomas físicos e foi encontrada uma tendência (1,1) que sugere que na presença de boas condições de trabalho, 85% dos docentes não apresentavam sintomatologia física e 95% não apresentava sintomas sociais nem psíquicos.

Além disso, encontrou-se uma associação positiva ($p=0,01$) entre a existência de sintomas físicos e o sofrimento no trabalho. Tal como indica Dejours (1992, 1994) as condições de trabalho comportam exigências ou cargas físicas que afetam ou produzem sofrimento no corpo. A organização do trabalho pode produzir sofrimento psíquico ou carga psíquica resultante do bloqueio ou impedimento do empregador sobre os desejos de

realização do trabalhador. Outros autores, nas suas pesquisas, confirmaram a associação positiva entre condições de trabalho e a boa capacidade para o trabalho (Tuomi *et al.*, 1991, 1997, 2001) revelando a relação entre condições de trabalho e envelhecimento funcional.

A boa organização do trabalho associa-se de forma positiva ($p=0,01$) com a ausência de sofrimento, ou seja, os docentes que percecionavam a sua organização do trabalho como boa, não apresentaram sofrimento (68%) e tenderam a não manifestar sintomas físicos (82%), mas 14% desses docentes apresentaram sintomas sociais e psíquicos. Isto significa que a maioria dos docentes que considerava má a sua organização do trabalho não apresentou sintomatologia social (93%) nem psíquica (89%). Tais resultados confirmam o impacto seletivo da organização do trabalho sobre o aparelho psíquico e indiciam que estes trabalhadores se encontravam a mobilizar estratégias defensivas para subverter vivências de sofrimento no trabalho, por não poderem executá-lo à sua maneira, de forma livre e autonomamente.

Lembramos, ainda, que dos 63% de docentes que percecionaram como boa a organização do trabalho, 20% atribuiu apenas características negativas, sendo a falta de regras claras o fator mais saliente nessas narrativas. Como seria de esperar, foram encontradas associações positivas entre a ausência de sintomas sociais ($p=0,03$) e mais prazer, assim como a ausência de sintomas psíquicos ($p=0,02$) e mais prazer no trabalho.

Identificaram-se os principais sintomas físicos, sociais e psíquicos, manifestados pelos docentes, através da análise de medidas de tendência central (Média e Moda mais elevadas) em determinados *itens* da Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (E.S.R.T.). Assim, os principais sintomas físicos foram: alterações do sono ($x=2,70$; $M=4$), dores de cabeça ($x=2,16$; $M=2$) e dores no corpo ($x=2,14$; $M=2$). Os sintomas sociais que mais se evidenciaram foram: dificuldades no relacionamento familiar e desinteresse nas pessoas ($x=1,64$; $M=1$) e dificuldades na tomada de decisão ($x=1,63$; $M=1$). Ao nível psíquico constataram-se como principais sintomas apresentados pelos docentes, a tristeza ($x=2,04$; $M=1$) e a irritação com tudo ($x=1,86$; $M=1$).

Identificaram-se também como principais indicadores de prazer para a amostra estudada, a identificação com as tarefas ($x=4,00$; $M=5$), a liberdade para falar no trabalho e a solidariedade entre colegas ($x=3,91$; $M=5$), mas também o prazer ($x=3,86$; $M=4$) e o orgulho ($x=3,75$; $M=4$) na atividade realizada. Verificámos que o sofrimento advém principalmente do *stress* ($x=2,82$; $M=3$) e do desgaste ($x=2,77$; $M=3$) que a profissão exige, mas também dos sentimentos de injustiça ($x=2,71$; $M=3$), de indignação e esgotamento emocional no trabalho ($x=2,63$; $M=3$) e insatisfação ($x=2,62$; $M=3$). A análise de conteúdo

permitiu identificar que os sentimentos de injustiça e de indignação, prendem-se com o não mudarem de categoria ao longo dos anos de trabalho, além da baixa remuneração, e que o esgotamento se relaciona com as longas horas de trabalho e as dificuldades, assim como com a fraca preparação dos alunos.

Para analisar as experiências de prazer e sofrimento dos professores universitários que trabalham na Universidade Óscar Ribas, foram elaboradas análises de tabulação cruzada procurando encontrar uma associação entre diversas variáveis. Concluiu-se que os docentes que exibiam mais prazer e se encontravam sem sofrimento no trabalho eram docentes angolanos ($p=0,05$), do sexo masculino, com idades entre os 23 e os 30 anos, solteiros ($p=0,14$), com 4 a 10 horas semanais de carga horária, lecionando em apenas um turno (diurno ou noturno) ($p=0,04$), em regime de contrato a tempo parcial e sem exercerem cargos de gestão ($p=0,04$). Tinham outra atividade profissional ou emprego, dedicavam 3 a 4 horas semanais a lazer e 1 ou 2 horas a atividades desportivas ($p=0,02$) e assumiram ter um muito bom ou um bom estado atual de saúde.

Também se verificou ser mais significativo o bom relacionamento com os colegas do que com as chefias, para que se experiencie mais prazer ($p=0,03$) e sem sofrimento ($p=0,02$) no trabalho.

Assim, podemos afirmar que as vivências de sofrimento no trabalho, neste grupo de docentes que trabalha na U.O.R., se associa aos trabalhadores em turno misto (diurno e noturno) ($p=0,04$), que exercem cargos de gestão ($p=0,04$) e não dedicam horas semanais para atividades desportivas ($p=0,02$). Mas também há sofrimento, tendencialmente nos casados (1,9), com má saúde atual (1,8), a trabalhar em regime de tempo integral (0,6) e sem tempo para lazer (0,5).

Os melhores resultados gerais (em prazer e seus indicadores, em sofrimento e seus indicadores e em sintomatologia) verifica-se centrada na nacionalidade angolana. Esta constatação pode dever-se a fatores socioculturais, ou seja, ao fato dos restantes inquiridos desta amostra serem expatriados e, portanto, terem vivências e referências diferenciadas, o que permite o desenvolvimento de um S.O.C. mais adaptado à sua realidade e menos predisposto para as vicissitudes do território angolano. A reforçar esta ideia temos a existência de uma associação elevada ($p=0,003$) entre a nacionalidade angolana e a quase inexistência de sintomatologia psíquica nestes docentes (97% dos angolanos não tem sintomas psíquicos), o que confirma que nas outras nacionalidades o impacto do trabalho na saúde psíquica se faz sentir com maior relevância.

Como vimos, a mobilidade geográfica que o trabalho além-fronteiras exige é um fator gerador de sofrimento, pelo desenraizamento territorial e familiar, fragilizando um dos recursos pessoais para o enfrentar das dificuldades, ou seja, o conjugue, os filhos, a família e os amigos.

Procurou-se responder também à segunda questão de partida e ao terceiro objetivo desta investigação, que foram respetivamente, identificar quais são as estratégias que os professores da U.O.R. utilizam para enfrentarem ou se defenderem de situações de sofrimento relacionadas com o trabalho; e analisar as experiências de prazer e sofrimento desse mesmo grupo de professores.

Os docentes foram inquiridos em entrevista sobre o tipo de estratégias que utilizavam para enfrentar situações de sofrimento ou dificuldades geradas pelo trabalho. Dejours (1992) permite identificar dois tipos de estratégias: as individuais e as coletivas. Verificámos que 59% docentes que trabalhavam na U.O.R. preferiam estratégias individuais, 34% combinava o uso de estratégias individuais e coletivas e apenas 7% utilizava as estratégias de tipo coletivo. As estratégias individuais mais referenciadas foram: a autoreflexão, a oração, ouvir música, fazer desporto, a leitura, ver um filme, desabafar e viajar/passear. As estratégias coletivas que mais se destacaram foram: procurar a opinião e a ajuda de um familiar ou amigo, a cooperação e o diálogo com os colegas. Como vimos no *item* sobre a análise bivariada, concluiu-se que o uso de estratégias coletivas foi tendencialmente mais eficaz para reverter os efeitos negativos do trabalho, por ser a única estratégia capaz de tender a evitar o esgotamento emocional (0,9), a sintomatologia física (1,1), social (0,7) e psíquica (0,8), permitindo a manutenção de um muito bom (0,8) estado de saúde. Confirmou-se, todavia, que o sistema defensivo dos docentes inquiridos está ativo, pois coexistem as variáveis “mais prazer” e “com sofrimento”, sendo bastante elevada a tendência (1,8) sobre o sentimento de falta de reconhecimento. A literatura revisada sugere ser um indicador fundamental para metamorfosear o sofrimento no trabalho em autorealização e prazer (A. Mendes, 2007; Dejours, 2009, 2012a; Areosa, 2013).

No grupo de docentes inquiridos, o uso de estratégias defensivas no trabalho denunciou uma tendência para aumentar conforme avançava a idade, além disso verificou-se que os mais jovens (entre os 23 e os 30 anos) e os mais velhos (com mais de 50 anos), tinham tendência para utilizar estratégias individuais (1,5 e 1,0, respetivamente). As estratégias coletivas revelaram uma forte tendência (1,9) para serem usadas pelos docentes com idade entre os 31 e os 40 anos e apurou-se uma associação ($p=0,16$) entre o uso

combinado de estratégias individuais e coletivas nos docentes com idade entre os 41 e os 50 anos. Este grupo foi o único sem falta de reconhecimento, havendo entre este indicador e o uso de ambas estratégias uma associação positiva forte ($p=0,03$). Também se encontrou uma associação positiva ($p=0,07$) entre o reconhecimento e ter entre 6 a 15 anos de tempo de serviço. E uma associação positiva ($p=0,01$) entre o reconhecimento, o sentimento de que a profissão que exerce é reconhecida ou prestigiada socialmente, tornando o trabalho realizado válido, pelo prazer de ensinar e contribuir para o desenvolvimento de mentalidades e conseqüentemente para a evolução da sociedade.

Acerca do prestígio social da profissão, ainda se apurou que o motivo principal pelo que a profissão docente em Angola é considerada não prestigiada, se prende com fatores de ordem económica, com a baixa remuneração, que afeta o poder de compra e subsequentemente o poder social. Esta situação fora já relatada por Silva (2004) num estudo com professores universitários que trabalhavam numa universidade pública, a Universidade Agostinho Neto (U.A.N.). Manteve-se esta opinião nos docentes que trabalhavam na U.O.R., considerando a profissão docente desprestigiada socialmente. Foi ainda comprovada, a existência de associação positiva ($p=0,03$) entre o reconhecimento e o sentimento de realização profissional, verificando-se que 71% dos docentes que se sentiam reconhecidos no seu trabalho, também se manifestaram como realizados profissionalmente.

O último objetivo da presente investigação, constitui a elaboração de um modelo de intervenção, com base no modelo concetual exposto, que facilite a promoção da saúde no trabalho. O *item* que se segue pretende alcançar este objetivo.

7.2. Proposta de intervenção para a promoção da saúde no trabalho docente

A Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (A.E.S.S.T. ou E.U.-O.S.H.A.) indica que a promoção da saúde no local de trabalho resulta da ação conjugada entre empregadores, empregados e a sociedade em geral. Engloba uma multiplicidade de aspetos como, a nutrição e a alimentação saudável, a importância da hidratação e do descanso (tempo e qualidade do sono), tempo para lazer e prática desportiva, o controlo do consumo alcoólico e o combate ao consumo tabágico. Salienta ainda que, a promoção da saúde mental requer a gestão dos riscos psicossociais e a promoção da saúde no local de trabalho (A.E.S.S.T., 2010a e 2010b).

Os riscos psicossociais, devem-se a uma má gestão e organização do trabalho, assim como de um ambiente laboral desfavorável, insistindo nas exigências contraditórias, na

falta de clareza nas regras e definição de funções, na carga excessiva de trabalho, na falta de participação nas tomadas de decisão que envolvem ou afetam o trabalhador, na falta de controlo sobre a forma como executa o trabalho, na falta de apoio por parte das chefias e colegas, no assédio psicológico ou sexual e violência, surtindo efeitos nocivos a nível psicológico, social e físico. Entre eles, sobressaem o *stress* no trabalho, o esgotamento emocional e/ou mental, a exaustão, o *burnout*, a depressão, as doenças cardiovasculares e as lombalgias (A.E.S.S.T., 2015).

A responsabilidade e a obrigação legal em avaliar e gerir estes riscos é da entidade patronal, pelo que é fundamental que os gestores estejam empenhados na sua identificação e combate, mobilizando o seu corpo de trabalhadores, para que sejam implementadas soluções viáveis. Até porque, o impacto dos riscos psicossociais no trabalho se repercute ao nível da própria organização e economia nacional, devido ao custo que acarreta à empresa e à sociedade. O aumento do absentismo (por licença ou baixa médica), a elevada rotatividade, a pouca motivação e adoecimento, induz um decréscimo da produtividade e da rentabilidade da organização (A.E.S.S.T., 2015).

São vários os países que argumentam a favor da implementação de programas de promoção da saúde em contexto laboral, pois comprovam os benefícios financeiros da prevenção e gestão dos riscos psicossociais. A França revelou, em 2007, um gasto entre 2 e 3 milhões de euros devido ao *stress* no trabalho. O Reino Unido, entre 2009 e 2010, contabilizou uma média de 23 dias de trabalho perdidos por baixa médica. Na Áustria verificou-se que as perturbações psicossociais são o principal motivo para 43% das reformas antecipadas nos trabalhadores administrativos (<https://osha.europa.eu> - acesso a 7 de dezembro de 2016). E isto, não é apenas verificado em países europeus. O *Canadian Centre for Occupational Health and Safety* (C.C.O.H.S.) indica que os programas canadenses sobre promoção da saúde no local de trabalho, permitiram reduzir as taxas de absentismo para metade da média nacional e trouxeram benefícios de custo três vezes o retorno de cada dólar investido (<https://www.ccohs.ca> - acesso a 7 de dezembro de 2016).

Acreditamos que estas estatísticas são um argumento poderoso para que as empresas e organizações em geral invistam na saúde e promoção do bem-estar dos seus trabalhadores. Trabalhadores saudáveis e motivados são trabalhadores produtivos e rentáveis. Cancelliere *et al.* (2011) e Goetzel *et al.* (2004, 2014) consideram que a promoção da saúde no local de trabalho são uma estratégia para a obtenção de rentabilidade e produtividade, pois aumentam o presencismo, isto é, combatem o absentismo. Cancelliere

et al. (2011) indicam, também, como fatores para este sucesso o controlo dos riscos psicossociais, as práticas gerenciais, bem como a cultura e valores da organização.

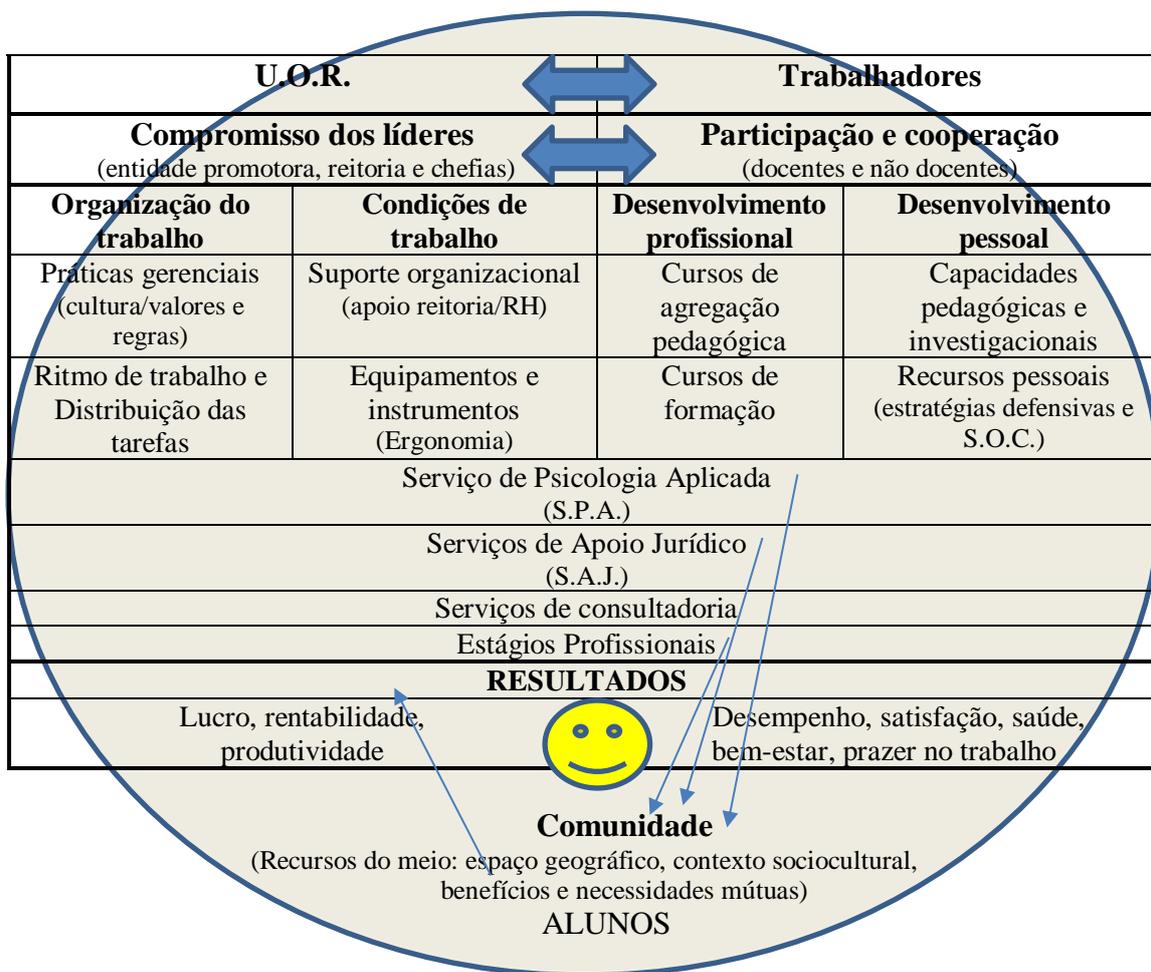
Atendendo a todo o exposto cremos ser de valiosa importância estabelecer um plano de intervenção que vise a maximização e a promoção da saúde dos docentes nos seus locais de trabalho. Sendo esta uma profissão largamente compreendida como de exigência intelectual, é de salutar a existência de programas que promovam o equilíbrio mental dos trabalhadores. Também acreditamos que, quando se trata da saúde, o investimento deve centrar-se na prevenção e não na remediação. Por isso, apesar dos docentes da Universidade Óscar Ribas exibirem níveis mais elevados de prazer, do que de sofrimento, cremos ser de suma importância elaborar um plano de intervenção capaz de driblar a existência de fatores de sofrimento associados à profissão docente, uma vez que foram expressos nas entrevistas vários aspetos de sofrimento face ao trabalho que realizam.

Assim, é nosso objetivo geral promover a saúde docente na U.O.R., equipando-a de ferramentas e boas práticas para a promoção da saúde dos seus trabalhadores, envolvendo as hierarquias/chefias (entidade promotora e reitoria), os docentes, os trabalhadores docentes e não docentes, os discentes e a comunidade em geral.

Como objetivos específicos: 1) sensibilizar e avaliar os riscos psicossociais no trabalho; 2) despertar parcerias que promovam a saúde no local de trabalho; 3) promover melhorias ao nível das condições e organização do trabalho; 4) estimular atitudes e comportamentos que conduzam a estilos de vida saudáveis; 5) fornecer ferramentas que facilitem as boas práticas em saúde no trabalho.

A nossa proposta de intervenção visa a promoção da saúde no trabalho docente na U.O.R., e para tal, foi criado um modelo de intervenção em saúde ocupacional, que o cunhamos de M.I.S.O. (Modelo de Intervenção em Saúde Ocupacional - consultar Figura 18). Esta proposta tem por base elementos e aspetos considerados fundamentais por diversos organismos internacionais que se debruçam sobre a temática da promoção da saúde nos locais de trabalho: a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (A.E.S.S.T.); o Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional (N.I.O.S.H.); o *Canadian Centre for Occupational Health and Safety* (C.C.O.H.S.) e o Modelo Global para Ambientes de Trabalho Saudáveis, lançado em abril de 2010, pela O.M.S., que se baseou no Plano Global de Ação para a Saúde dos Trabalhadores da O.M.S. 2008-2017; a Declaração do Luxemburgo (2007).

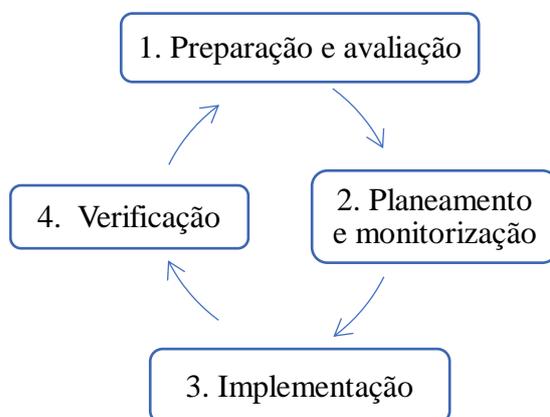
Figura 18. Modelo de Intervenção em Saúde Ocupacional (M.I.S.O.)



Fonte: Elaboração própria com base na revisão de literatura e modelos supracitados.

Para a implementação suportada do M.I.S.O., foi criado um plano de ação, com quatro fases (Figura 19).

Figura 19 – Fases do plano de ação do M.I.S.O.



Fonte: Elaboração própria.

1. Preparação e Avaliação

Nesta fase, deve em primeiro lugar, ser criada uma comissão de responsáveis pela execução do M.I.S.O.. Dela deverão fazer parte os promotores da U.O.R., o reitor, os decanos (da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas e da Faculdade de Engenharia), os chefes de departamento, o responsável do departamento de recursos humanos e o representante dos serviços de segurança e saúde no trabalho do C.S.S.T.⁴¹ (Centro de Segurança e Saúde no Trabalho). Será concretizável através de um acordo de assistência médica estabelecido entre a U.O.R. e o C.S.S.T., que garanta o cumprimento dos requisitos legais em matéria de segurança e saúde no trabalho. Para tal, deve ser desenvolvida uma rede de comunicação interna eficaz diversificada (cartazes, painéis e posters informativos, intranet e reuniões) permitindo o fluir da informação por toda a organização. Pode ser ainda realizada divulgação junto da comunidade que deseje participar nas campanhas a serem desenvolvidas internamente.

O processo de avaliação deve ser executado em três níveis:

- individual (sobre fatores demográficos, riscos psicossociais, prazer e sofrimento no trabalho, sintomas relacionados com o trabalho);
- organizacional (condições e organização do trabalho e ambiente de trabalho);
- comunitário (contexto geográfico, sociocultural, benefícios mútuos).

Consideramos que o sucesso de qualquer modelo de promoção da saúde no local de trabalho pode ser potenciado se se aproximarem as necessidades e expectativas dos trabalhadores, à missão e valores organizacionais, através da realização de inquéritos aos trabalhadores, e uma análise cuidada e reflexiva sobre dados demográficos dos trabalhadores.

2. Planeamento e Monitorização

Nesta fase deve refletir-se sobre os resultados da avaliação efetuada e decidir-se quais são as prioridades. De acordo com os resultados alcançados com a presente investigação, faremos as seguintes propostas: a) avaliação periódica (anual) dos riscos psicossociais; b) melhoria das condições de trabalho; c) inovar a organização do trabalho.

⁴¹ O C.S.S.T. é uma instituição pública, localizada no município de Viana (Luanda). É vocacionada para a promoção da saúde e segurança no trabalho em Angola. Exerce a vigilância da saúde dos trabalhadores, realiza exames de prevenção dos riscos profissionais e dos acidentes laborais, além de emitir um certificado de sanidade aos trabalhadores. É tutelado pelo Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social (M.A.P.T.S.S.), e foi inaugurado a 7 de maio de 2010 e é atualmente dirigido pela Doutora Isabel Cardoso (A.N.G.O.P., 2010).

No que diz respeito à avaliação periódica (anual) dos riscos psicossociais, esta avaliação pode ser realizada pelo C.S.S.T. ou por psicólogos, através de uma parceria com a Ordem dos Psicólogos Angolanos. À semelhança do que já ocorre em Portugal desde 2014, como seja, a Campanha de Locais de Trabalho Saudáveis da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Neste sentido, a U.O.R. poderia ser pioneira num projeto deste tipo em Angola. Este tipo de ação incentiva a redução de doenças e acidentes de trabalho, promovendo um local de trabalho seguro e saudável, além de poder melhorar a produtividade com a minimização dos dias não trabalhados por absentismo.

Em termos da melhoria das condições de trabalho propõe-se a adoção de medidas ambientais, como a disponibilização de espaços sociais que proporcionem um ambiente de trabalho incentivador no plano ‘psico-socio-profissional’. Também gabinetes próprios para os docentes realizarem os seus trabalhos de preparação de aulas, trabalhos de pesquisa ou investigação e atendimento de alunos. Adite-se ainda a criação de um espaço ou serviço de apoio psicológico para os trabalhadores. Podendo este projeto ser desenvolvido e/ou alargado à comunidade através da criação de um Serviço de Psicologia Aplicada (S.P.A.) que faria o agendamento e atendimento através de consultas de Psicologia à comunidade. Um serviço disponibilizado para todas as idades, crianças, jovens e adultos. Neste serviço (com a devida contribuição de alunos, professores e reconhecimento das hierarquias) poderia ser inclusivamente o local de estágio para alguns alunos e posteriormente ser o local onde esses mesmos alunos poderiam exercer prática clínica supervisionada, após a conclusão da sua formação em Psicologia. No mesmo sentido, poderia ser criado um outro serviço que permitisse aos alunos de Direito usufruírem de um espaço em que poderiam iniciar as suas atividades supervisionadas por professores, um Serviço de Apoio Jurídico (S.A.J.), que apoiaria a comunidade e constituiria também um local de estágio disponibilizado pela U.O.R.. A ideia da criação do S.P.A. e do S.A.J., permitiria o envolvimento de todas as partes da organização (chefias, professores e alunos) e o envolvimento da comunidade em geral.

No que concerne ao inovar a organização do trabalho sugere-se a adoção de modelos de gestão que favoreçam a participação e o diálogo entre trabalhadores e empregadores, assim como o estabelecimento de um diálogo próximo entre hierarquias/chefias e professores, que favoreça o envolvimento de todos nas tomadas de decisão. Também o estabelecimento de um ambiente de educação corporativa e o desenvolvimento de políticas de apoio e incentivo ao desenvolvimento e atualização pedagógica dos professores, participação em seminários, palestras e desenvolvimento de pesquisas. Também nos parece

de salutar a criação de grupos de investigação e pesquisa, em que os professores se associem por temáticas de interesse, podendo desenvolver pesquisa nesse domínio e permitindo a produção de artigos científicos. A criação de uma revista científica e de cursos de formação e agregação pedagógica para professores, que favoreçam o desenvolvimento profissional e permitam a progressão na carreira também deve ocorrer. De destacar, ainda, a criação de sistemas de recompensa (como fator motivacional e de incremento salarial) e a realização de reuniões periódicas (mensais ou trimestrais) para discussão sobre atividades docentes, motivação e apoio aos professores, contribuindo para o desenvolvimento profissional.

Faz ainda sentido a realização de campanhas periódicas em vários domínios de influência sobre as escolhas e estilos de vida saudáveis, incidindo a nutrição e a hidratação, a ergonomia, a desabituação tabágica e a atividade física. Também a criação de um espaço exclusivo para atividades desportivas e de lazer (por falta de espaço/instalações no espaço físico da U.O.R.), podendo ser realizada uma parceria com um ginásio nas proximidades, em que todos os funcionários e trabalhadores da U.O.R. beneficiariam de desconto mensal.

Por último, a promoção de estilos de vida saudável, através divulgação e afixação de informação sobre alimentação e dieta equilibrada e a disponibilização de, pelo menos, um prato saudável na cantina. O apoio confidencial sobre álcool e drogas e o desenvolvimento de *workshops* sobre temáticas diversificadas como: gestão de tempo e planificação das atividades; *coaching*; alimentação e estilos de vida saudável; gestão do *stress*; desenvolvimento de competências pedagógicas; inteligência emocional e gestão das emoções; comunicação assertiva e estilos de comportamento, são outros exemplos.

3. Implementação

Para que seja colocado em prática todo um conjunto de melhorias na U.O.R., é necessário o compromisso dos líderes, que devem incentivar, motivar e estimular a participação e colaboração ativa de todos os trabalhadores (docentes e não docentes). Deverão assumir o compromisso de:

- reunir e debater as prioridades e o envolvimento de cada um;
- ter uma postura colaborativa com os líderes;
- os docentes, em especial, devem ter abertura para novas aprendizagens e ter uma atitude de busca permanente de conhecimentos e atualização;
- participar em ações de formação que auxiliem o desenvolvimento de competências pedagógicas e de desenvolvimento de competências relacionais;

- participar em reuniões e convívios, fortalecendo laços de amizade e a criação de uma identidade de grupo, fomentando a coesão, a mobilização coletiva, a cooperação, e a partilha, fomentando o reconhecimento e fortalecendo a autoestima e o S.O.C.;

- adotar comportamentos saudáveis que incluem uma dieta alimentar saudável, a prática regular de desporto, aumentar a ingestão diária de água e evitar o consumo de álcool e tabaco.

4. Verificação:

Nesta fase será analisado o impacto do M.I.S.O., através de um inquérito de satisfação e qualidade de vida no local de trabalho, podendo também avaliar-se o prazer e o sofrimento no trabalho (E.P.S.T.), bem como a existência de sintomas relacionados com o trabalho (E.S.R.T.). Estes dois últimos instrumentos foram usados nesta pesquisa e se aplicados daqui a três anos, permitiria avaliar o alcance e a evolução da aplicação deste modelo de promoção de saúde no local de trabalho.

É nesta fase que se devem analisar ou (re)avaliar os benefícios financeiros, verificando a taxa de rotação do pessoal, a taxa de absentismo e custos, o número de licenças médicas entregues e o custo associado (seguro de saúde), a taxa de acidentes, o número de campanhas realizadas e o número de trabalhadores presentes. Também o número de ações de formação e a abrangência da participação, o número de trabalhadores promovidos, o número de sugestões implementadas que foram fornecidas por trabalhadores, e a avaliação de desempenho dos docentes e dos discentes. Estes últimos, em última análise, beneficiam de todas as melhorias implementadas, pois professores motivados e saudáveis são mais produtivos.

Os resultados alcançados devem ser comunicados, assim como os indicadores que ainda devem ser melhorados, com o fim de ser feita uma nova planificação, renovação de objetivos e continuidade da aplicação do modelo.

Para clarificar a implementação do Modelo de Intervenção em Saúde Ocupacional (M.I.S.O.) na U.O.R. observemos o seguinte quadro estratégico (Quadro 53).

Quadro 53. Mapa estratégico para implementação do M.I.S.O.

Objetivo geral	Objetivos específicos	Fase	Plano de Ação
Promover a saúde docente na U.O.R.	1. Despertar parcerias para a promoção da saúde no local de trabalho	1. Preparação e avaliação	1. Criar Comissão de Gestão do M.I.S.O. 2. Realizar acordo com o C.S.S.T. e/ou Ordem dos Psicólogos de Angola
	2. Sensibilização e avaliação dos riscos psicossociais		3. Avaliação individual, organizacional e comunitária/geográfica
	3. Promover melhorias nas condições e organização do trabalho	2. Planeamento e monitorização	4. Disponibilização de espaços sociais - gabinetes de trabalho, preparação de aulas, e investigação/pesquisa 5. Criação do S.P.A. e do S.A.J. 6. Criação de uma Revista Científica 7. Adoção de modelos de gestão participativa, envolvimento dos trabalhadores nas tomadas de decisão 8. Suporte organizacional e apoio do R.H. 9. Cursos de agregação pedagógica 10. Melhorias na remuneração 11. Possibilidade de progressão na Carreira 12. Melhorias em equipamentos e instrumentos de trabalho 13. Melhoria na distribuição de horários e tarefas 14. Reuniões frequentes 15. Clareza nos comunicados/circulares/regras
	4. Estimular atitudes e comportamentos saudáveis		16. Campanhas sobre nutrição, hidratação, ergonomia, desabitução tabágica e estilos de vida saudáveis 17. Seminários sobre gestão de tempo e planificação, gestão do <i>stress</i> , comunicação assertiva, estilos de liderança, inteligência emocional e gestão das emoções, <i>coaching</i> .
	5. Fornecer ferramentas que facilitem as boas práticas em saúde no trabalho	3. Implementação	18. Participação em palestras, seminários, cursos de formação, reuniões de trabalho e convívios 19. Sistemas de recompensa (incremento salarial, descontos e outros benefícios em inscrição em ginásios e por participação no M.I.S.O.)

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 53. Mapa estratégico para implementação do M.I.S.O. (conclusão)

Objetivo geral	Objetivos específicos	Fase	Plano de Ação
Promover a saúde docente na U.O.R.	6. Avaliação de resultados	4. Verificação	20. Nova aplicação das escalas E.P.S.T. e E.S.R.T. ou outras que possam permitir aferir a satisfação e qualidade de vida no local de trabalho 21. Taxas de rotação 22. Taxas de absentismo e custo em absentismo 23. Taxa de acidentes 24. Nº de licenças médicas/custo 25. Nº de campanhas realizadas e nº de trabalhadores presentes 26. Nº de ações de formação e abrangência da participação 27. Nº de trabalhadores promovidos 28. Nº de sugestões implementadas fornecidas por trabalhadores 29. Avaliação do desempenho dos docentes 30. Avaliação do desempenho dos discentes

Fonte: Elaboração própria.

7.3. Limitações do estudo

Para que as ilações retiradas possam ser mais consistentes temos consciência de que é necessário aumentar o volume da amostra, mas também sabemos que, num período de alguma instabilidade económica e social como o que se vive em Angola, não foi possível obter um maior volume.

Deparamo-nos ao longo do período de recolha bibliográfica e análise documental com várias dificuldades devido à escassez de documentos oficiais sobre a temática em causa e, ainda, a discrepância ou incongruência entre alguns dados e informações contidas na informação disponível. Além disso, muitos documentos oficiais carecem de atualização.

7.4. Sugestões e recomendações para futuras investigações

O término desta investigação permite-nos abrir um campo de reflexão que deve ser aprofundado, no qual emergem novas perspetivas de análise e de discussão sobre a saúde e sofrimento no trabalho. Assim, propomos algumas sugestões para trabalhos futuros que possam responder a questões que não foram abordadas, ou que surgiram no decurso desta pesquisa.

Sugere-se que futuras investigações sobre esta temática sejam alargadas a outras instituições universitárias, públicas e privadas, para comprovar se atualmente há diferenças

entre as mesmas, podendo ser utilizadas outras escalas, nomeadamente, sobre a qualidade de vida no trabalho, sobre a avaliação do contexto de trabalho ou que permitam avaliar o impacto do trabalho na saúde dos trabalhadores. E, ainda, poderiam ser analisados outros indicadores, como a satisfação no trabalho ou o comprometimento organizacional.

Poderia ser aprofundada a análise sobre a relação entre estratégias defensivas e a força da personalidade, usando o “Questionário de Orientação para a Vida” desenvolvido por Antonovsky (1991, 1996), o qual permite medir o S.O.C. e avaliar os G.R.R.. Também, se poderia aprofundar a análise sobre as diferenças de género no que concerne à sobrecarga do trabalho docente e conseqüente impacto na saúde, em particular na saúde mental. Outra sugestão seria a de analisar a relação entre o fator liberdade de expressão e a nacionalidade, em particular o contexto sociopolítico angolano.

Constata-se a necessidade de se analisar o perfil dos estudantes com baixo rendimento académico, o que permitirá a elaboração de programas de intervenção dirigidos para a melhoria do rendimento académico dos estudantes universitários.

Sugere-se, também, que futuras investigações possam ter por base um desenho experimental longitudinal, que permita acompanhar e avaliar o impacto da proposta de intervenção aqui apresentada (M.I.S.O.) numa amostra com dimensão suficientemente alargada para o alcance de resultados e diferenças estatísticas significativas.

Propõe-se, também, um tipo de amostragem por *clusters*, que permita a posterior comparação, análise e generalização à população docente que trabalha em território angolano.

Consideramos que estas áreas de investigação que não pudemos explorar, devido ao tamanho da amostra, ou à escassez de elementos para análise, se revestem de enorme importância para o conhecimento científico sobre a saúde, o sofrimento e o trabalho docente em Angola.

Por todo o exposto e por se tratar da primeira vez que este tipo de investigação é realizada em professores universitários que lecionam em Luanda, prevê-se a divulgação desta investigação à comunidade científica angolana, se possível, com apresentação pública da mesma na Universidade Óscar Ribas. Também se equaciona a divulgação junto do Ministério da Educação Angolano e posterior publicação da tese *online*, para que fique acessível a todos os interessados.

Bibliografia

Livros, artigos, teses, dissertações e documentos afins

1. Acosta-Leyva, P. (2015). O mito dos 5 séculos de colonialismo na África. *Revista de Humanidades e Letras*. 1 (3), 3-20.
2. A.C.T.U.A.R. (2010). Associação para a Cooperação e o Desenvolvimento. *Integração de uma abordagem de género na gestão de recursos hídricos e fundiários* (Angola, Cabo Verde, Moçambique e Timor Leste). Coimbra, junho 2010. ACTUAR. FSN. CEE.
3. A.E.S.S.T. (2001). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. E-FACTS-20. *Como reduzir os acidentes no local de trabalho*. Resumo de um relatório da Agência. Belgium, 2p.
4. A.E.S.S.T. (2006). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Boa Segurança e Saúde: um bom negócio*. Resumo do relatório anual da agência de 2006. Serviço de Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, Bilbao.
5. A.E.S.S.T. (2009). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. E-FACTS-46. *Promoção da Saúde Mental no Setor da Saúde*, 13 p.
6. A.E.S.S.T. (2010a). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. E-FACTS-93. *Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores*, 2p.
7. A.E.S.S.T. (2010b). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. E-FACTS-94 *Promoção da saúde no local de trabalho para empregadores*, 2p.
8. A.E.S.S.T. (2012). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. E-FACTS-102. *Promoção da saúde mental no local de trabalho. Resumo de um relatório de boas práticas*, 2p.
9. A.f.D.B., O.E.C.D., U.N.D.P., U.N.E.C.A. (2012). *Relatório de Perspectivas Económicas em África 2012. Angola 2012*. AfDB, OECD, UNDP, UNECA, 15p.

10. Afonso, E.S. (2014). *Organizações Internacionais e Modelos de Desenvolvimento: O FMI em Angola de 2000 a 2012*. Évora. Dissertação de Mestrado em Relações Internacionais e Estudos Europeus, pela Universidade de Évora, 105p.
11. Aggleton, P. (1990/2005). *Health*. New York: Routledge.
12. Aguiar, M. (2013). *Figuras da Mediação na Formação de Adultos: um estudo multicasos, a partir da experiência em Portugal e em França*. Braga. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Universidade do Minho, 497p.
13. A.I.P. (2010). Associação Industrial Portuguesa. *Estudo de Mercado sobre a Província de Luanda*. Projecto Conjunto - Q.R.E.N. (Quadro de Referência Estratégica Nacional), (U.E.) União Europeia, CESO e COMPETE.
14. A.I.P. (2015). Associação Industrial Portuguesa. *Estudo de Mercado sobre Províncias de Angola 2015. Benguela, Cabinda, Huambo, Huíla, Luanda e Namibe*. Estudo desenvolvido ao abrigo do Projecto Conjunto Q.R.E.N. (Quadro de Referência Estratégica Nacional). (U.E.) União Europeia. Qualificação e Internacionalização n.º 37.844. CESO e COMPETE.
15. Akerman, M. (2013). *VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas*. Tradução da UIPES/ORLA – Brasil, 24 de junho de 2013.
16. Albarello, L., Digneffe, F., Hiernaux, J-P., Maroy, C., Ruquoy, D. e Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Tradução de Luísa Baptista. Coleção Trajectos. N°39. Lisboa: Gradiva.
17. Alfredo, F.C. (2013). «Política e operacionalização da avaliação das aprendizagens na formação de professores em Angola». In: *Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga. Universidade do Minho. Campus de Gualtar, 4049-4062.

18. Almeida, C., Duarte, E., Kreimer, G., Oliveira, H., Barros, H., Matos, M., Trindade, R. e Lopes, V. (2013). Suicídio no Trabalho: como se encaminha essa jornada? In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 20-31.
19. Almeida, J. S. (2011). Situação Social, Ambiental e Económica da População de Angola. *XIV Encontro da Rede Luso-Brasileira de Estudos Ambientais Vulnerabilidade Socioambiental na África, Brasil e Portugal: Dilemas e desafios*. À memória do Professor Manuel Serrano Pinto. Centro de Desenvolvimento Sustentável da Universidade Federal de Pernambuco. Recife (PE). Brasil., 4 p.
20. Almeida, R. G. (2011). A ergonomia sob a ótica anglo-saxónica e a ótica francesa. *Vértices*. 13(1), 115-126.
21. Alves, J. (2015). Os 70 anos da ONU e a agenda global para o segundo quinquénio (2015-2030) do século XXI. *Revista Brasileira de Estatística Populacional*. 32(3), 587-598.
22. Alves, N. (2013). *Projecto de pré-dimensionamento de uma ETAR em Luanda – Angola*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Engenharia Civil na Área de Especialização de Hidráulica pelo Instituto Superior de Engenharia de Lisboa, 193 p.
23. Amorim, E.P. (2009). A docência na universidade privada: entre o trabalho e o emprego. *Trabalho & Educação*. 18(2), 27-46.
24. Andrews, G.J.; Chen, S.; Myers, S. (2014). The ‘taking place’ of health and wellbeing: Towards non-representational theory. *Social Science & Medicine*. (108), 210-222.
25. Anjos, A. (2009). *Absentismo nas organizações*. Fundação de Ensino Superior de Olinda – Funesco. Curso de Administração. Recife.
26. Anjos, F., Mendes, A., Santos, A. e Facas, E. (2011). Trabalho prescrito, real e estratégias de mediação do sofrimento de jornalistas de um órgão público. *Revista Eletrónica Sistemas & Gestão*. (6), 562-582.

27. Anselmo, A.C. (2011). *Psicanálise e Educação: O mal-estar do professor universitário na atualidade*. Curitiba. Trabalho de Pós-Graduação em Psicologia – Universidade Federal do Paraná, 97 p.
28. Antonovsky A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
29. Antonovsky, A. (1991). «The Salutogenic Approach To Family System Health: Promise and Danger». In: European congress “Mental Health in European Families”, 5 a 8 de maio de 1991. Prague, 9p.
30. Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*. 11(1), 11-18.
31. Antunes, R.J. (2009). *Enfermagem do Trabalho: contributo do enfermeiro para a saúde no trabalho*. Coimbra. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 105 p.
32. Antúnez, A.E.A., Wondracek, K.H.K. (2012). Fenomenologia em Michel Henry: Implicações na Psicopatologia e Psicoterapia. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18 (1), 3-12.
33. Apex-Brasil (2012). *Angola Perfil de Oportunidades Comerciais*. Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos. Trabalho conjuntos do Centro de Negócios da Apex-Brasil em Brasília e em Luanda.
34. Aragão, W.H. (2010). A responsabilidade da universidade com a diversidade: cotas para afro-brasileiros na UFPB. In: Machado, C.J.S., Santiago, I.M.F.L., e Nunes, M.L.S., org (s). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande: EDUEPB, 256 p.
35. Araújo, T., Aquino, E. Menezes, G., Santos, C. e Aguiar, L. (2003). Aspectos Psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista Saúde Pública*. 37(4), 424-433.

36. Araújo, T., Godinho, T., dos Reis, E., de Almeida, M. (2006). Diferenciais de gênero no trabalho docente repercussões sobre a saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 1117-1129.
37. Areosa, J. (2013). Comentário ao artigo “A Sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho”. Christophe Dejours e a Psicodinâmica do Trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 29-41.
38. Athayde, M. (2005). Resenha do livro de Lancman, S. e Sznelman, L. (2004). (org.s). Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 346p. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(3), 984-990.
39. Atlan, H. (1979). *Entre le Cristal et la Fumée. Essai sur l'Organisation du Vivant*. Paris: Seuil.
40. A.U.C./W.H.O. (2014a) Comissão da União Africana e Organização Mundial de Saúde. Doc. 4. Acabar com as mortes maternas e infantis evitáveis em África. 1.^a Reunião dos Ministros Africanos da Saúde organizada conjuntamente pela C.U.A. (Centro da Comissão da União Africana) e a O.M.S. em Luanda, Angola, de 14 a 17 de Abril de 2014.
41. A.U.C./W.H.O. (2014b) Comissão da União Africana e Organização Mundial de Saúde. Doc. 5. Criação de um centro Africano de controlo e prevenção de doenças. 1.^a Reunião dos Ministros Africanos da Saúde organizada conjuntamente pela C.U.A. (Centro da Comissão da União Africana) e a O.M.S. em Luanda, Angola, de 14 a 17 de Abril de 2014.
42. Azevedo, A. e Lobo, F. (2013). Prazer e Sofrimento no Trabalho. In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 163-176.
43. Badziak, R. e Moura, V. (2010). Determinantes Sociais da Saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista Saúde de Pública*. 3(1), 69-79.

44. Bahia, J. (2014). Dançando com os Orixás. In: ECAS 2013, 5th European Conference on African Studies. *African Dynamics in Multipolar World*. Lisboa, 360-381.
45. BAfD/OCDE. (2005). *Perspectivas Económicas na África 2004-2005*. Centro de Desenvolvimento da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (O.C.D.E.) e Banco Africano de Desenvolvimento (BAfD). Luanda.
46. Banco Mundial (2008). *O Compromisso do Banco Mundial com oVIH/SIDA em África. O nosso plano de atividades 2007 – 2011*. Ebook. Washington, DC.: Banco Mundial.
47. Banco Mundial. (2014). *Relatório Anual de 2014 do Banco Mundial*. Washington, DC.: Banco Mundial. doi: 10.1596/ 978-1-4648-0245-4. Licença: Creative Commons Atribuição Sem Derivações-Sem Derivados 3.0 OIG (CC BY-NC-ND 3.0 IGO).
48. Banco Mundial (2015). *Perspetivas económicas globais. Ter espaço fiscal e usá-lo. África Subsaariana*. Banco Mundial, 3p.
49. Baquero, M. e Cremonese, D. (2006). (Org.s). *Capital Social: Teoria e Prática*. UNIJUÍ – Universidade Regional do Nordeste do Estado do rio Grande do Sul, DCS – Departamento de Ciências Sociais Programa de Pesquisa em Ciências Sociais linha de pesquisa: Sociedade, Cultura e Poder. Ijuí.
50. Barbosa, F. e Oliveira, C. (2013). Sofrimento e Lazer nas Organizações. In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 543-553.
51. Barcellos, C. e Bastos, I. (1996). Geoprocessamento, ambiente e saúde: uma união possível? *Cadernos de Saúde Pública*. 12(3), 389-397.
52. Barcellos, J. (1999). *As condições e a organização de trabalho dos polícias militares que executam o policiamento ostensivo: um estudo de caso na Brigada Militar em Porto Alegre/RS*. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado em Administração na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 107 p.
53. Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70. (Edição revista e atualizada).

54. Barona, E.G. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de *burnout* y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*. 19(1), 145-158.
55. Barreto, D. (2008). *Implicações do Trabalho Por Turnos na Saúde e na Vida Social e Familiares dos Trabalhadores de Turnos Industriais*. Ponte de Lima. Monografia. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, 115 p.
56. Barreto, M. (2007). *Ofício, Estress e Resiliência: Desafios do Professor Universitário*. Natal. Tese de Doutorado em Educação pela Universidade Federal Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais Aplicadas., 228 p.
57. Barros, M. e Santos, S. (2000). *A atividade física como fator de qualidade de vida e saúde do trabalhador*. Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde – NuPAF (CDS/UFSC), 15 p.
58. Barton-Burke, M., Barreto, R.C. e Archibald, L.I.S. (2008). Suffering as a multicultural cancer experience. *Seminars in Oncology*. 24(4), 229-236.
59. Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*. Nova Iorque. Ballantine Books.
60. Bateson, G. (1979). *Mind and Nature. A Necessary Unity*. Nova Iorque. Bantam Books.
61. Bellusci, S.M. e Fischer, F.M. (1999). Envelhecimento funcional e condições de trabalho em servidores forenses. *Revista Saúde Pública*. 33(6), 602-609.
62. Benevides-Pereira, A.M. (2004). A síndrome de *Burnout*. *Conferência do I Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho*. Goiânia, 36-51.
63. Bergsma, L. (2004). Empowerment education: The link between media literacy and health promotion. *The American Behavioral Scientist*. 48(2), 152-164.
64. Bernheim, C. e Chauí, M. (2008). *Desafios da universidade na sociedade do conhecimento: cinco anos depois da conferência mundial sobre educação superior*. Brasília: UNESCO.

65. Bettencourt, A. (2011). *Qualificação e reabilitação de áreas urbanas críticas. os musseques de Luanda*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Arquitectura pela Faculdade de Arquitectura da Universidade Técnica de Lisboa, 97p.
66. Blair, S., Hume, C. e Creek, J. (S/D). Occupational perspectives on mental health and well-being. *International Congress Series. (ICS). Elsevier B.V.*, 17-30.
67. B.I.C. (2014). Banco Internacional de Crédito. *Angola. Internacionalização da Economia Angolana. Internacionalização das Economias*. Lisboa, 3 e 4 de junho.
68. B.N.A. (2012). Banco Nacional de Angola. *Relatório de Estabilidade Financeira. Anual de 2012*, Luanda.
69. Bogdan, R. e Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.
70. Borges, L., Yamamoto, O. (2004). O mundo do trabalho. In: Zanelli, J. *et al.* (2004). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 24-62.
71. Borges, Z. (2007). O significado do Trabalho. Uma reflexão sobre a institucionalização do trabalho na empresa integrada e flexível. *Gesta. Revista Eletrônica de Gestão e Negócios*. 3(1), 121-143.
72. Brant, L. e Minayo-Gomes, C. (2004). A Transformação do Sofrimento em Adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Colectiva*. 9(1), 213-223.
73. Brant, L. e Minayo-Gomes, C. (2009). Manifestação do Sofrimento e Resistência ao Adoecimento na Gestão do trabalho. *Saúde & Sociedade*. 18(2), 237-247.
74. Braun, V. e Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 3(2), 77-101.
75. Brito, F. e Castro, A. (2014). «Condições do trabalho docente no RN: Foco na precarização». In: Lopes, A. Cavalcante, M., Oliveira, D. e Hypólito, A. (Org.s).

- (2014). *Trabalho docente e formação. Políticas, Práticas e investigação: pontes para a mudança*. Edição: CIIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas. Janeiro 2014, 5513 p.
- 76.** Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 77.** Brown, D., O'Reilly, D., Gayle, V., Macintyre, S. Benzeval, M. e Leyland, A. (2012). *Health & Place*. 18, 440-444.
- 78.** Bronwyn, F. (2009). Which way that empowerment?: Aboriginal women's narratives of empowerment. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Scholarship*. 4(2), 6-19.
- 79.** Bruschini, C. (2007). Trabalho e gênero no Brasil nos últimos 10 anos. *Cadernos de Pesquisa*. 37(132), 537-572.
- 80.** Buck, H. e Dworschak, B. (2003). *Ageing and Work in Europe. Strategies at Company level and Public Policies in Selected European Countries*. Booklet Series. Demography and Employment. Stuttgart.
- 81.** Bunga, C.E. (2015). *Pobreza, Fome e Estratégia de Combate para a sua Mitigação na Cidade do Namibe – Angola*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Gestão do Território. Especialização em Ambiente e Recursos Naturais, pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 166 p.
- 82.** Bunton, R. e McDonald, G. (2002). *Health Promotion. Disciplines, diversity and developments*. 2nd. New York: Routledge.
- 83.** Buss, P. e Filho, A. (2007). A Saúde e Seus Determinantes Sociais. *Revista Saúde Coletiva*. 17(1), 77-93.
- 84.** Buza, A., Buz, J. e Buza, R. (2008). «Educando para a sustentabilidade». In: Silva, E.A. e Bondo, P. F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Luanda, 275-280.

- 85.** Buza, A.G. e Alberto, G.J. (2012). «Políticas Públicas de Desenvolvimento e de Reforma do Ensino Superior - No Contexto da República de Angola» In: *2ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa* – 6, 7 e 8 de novembro de 2012 – Por Um Ensino Superior de Qualidade nos Países e Regiões de Língua Portuguesa. Macau: Instituto Politécnico de Macau.
- 86.** Buza, A.G. e Canga, J. (2013). Eixo Temático 8. Formação e Carreira Docente na Educação Superior «Carreira Docente Universitária Pública em Angola: Requisitos de Ingresso e Remuneração. Uma contribuição para a legislação e políticas públicas do ensino superior». In: *3ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa* – 4, 5 e 6 de dezembro de 2013. Mar Hotel, Boa Viagem, Recife, Brasil.
- 87.** Buza, J.L. (2007). *Ensino de Ciências em Cabinda/Angola: condições de prática docente, ideias de professores e desafios*. Belém, Pará. Dissertação de Mestrado em Educação pela Universidade Federal do Pará, 136p.
- 88.** Caeiro, R. (2010). *Stress Ocupacional e Avaliação de Desempenho nos Professores: um contributo para uma psicodinâmica do trabalho*. Lisboa. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, 111 p.
- 89.** Campos, E.B. (2012). A concepção de sublimação em Laplanche. *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 90.** Campos, L.J. (2012). «Sofrimento e ato criativo: o que pode o sujeito?» In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 91.** Campos, T. e Teixeira, M. (2012). Trabalho e subjetividade: a noção subjetiva de trabalho nos textos Freudianos da cultura. *Anais do I Encontro Brasileiro de*

Psicanálise e Sedução Generalizada. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.

92. Cancelliere, C., Cassidy, D., Ammendolia, C. e Côte, P. (2011). Are workplace health promotion programs affective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. *BioMed Central Public Health*. 11: 395. doi:10.1186/1471-2458-11-395.
93. Canga, J. e Buza, A. (2015). «Gestão do Ensino Superior em Angola os desafios endógenos e exógenos. In: 5ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa – Autonomia e os Modelos de Governo e Gestão das Instituições de Ensino Superior. Coimbra. Universidade de Coimbra, 11 p.
94. Canhoto, C. (2008). «Qual a importância do estudo piloto». In: Silva, E.E. (Coord). *Investigação passo a passo. Perguntas e respostas para a investigação clínica*. Lisboa. Núcleo de Investigação da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral (A.P.M.C.G.), 69-72.
95. Carloto, C.M. (2002). Gênero, Reestruturação Produtiva e Trabalho Feminino. UEL. *Revista Serviço Social*. 4 (2), s.p.
96. Carlotto, M.S. (2002). A síndrome de *burnout* e o trabalho docente. *Psicologia em Estudo*. 7 (1), 21-29.
97. Carlotto, M.S. (2003). *Burnout* e o trabalho docente: considerações sobre a intervenção. *Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1 (1)*, 12-18.
98. Carlotto, M.S. e Câmara, S.G. (2008). Síndrome de *Burnout* e estratégias de enfrentamento em professores de escolas públicas e privadas. *Psicologia da Educação*. (26), 29-46.
99. Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*. 2(1), 7-40.
100. Cartwright, F. e Biddiss, M. (2003). *As doenças e a história*. Mem Martins: Publicações Europa América.

- 101.** Carvalho, C.C. (2010). Trabalho docente nas instituições privadas de ensino superior – expressão da precarização do trabalho assalariado. Associações e Sindicatos de trabalhadores em Educação. *Seminário Internacional da Rede de Pesquisadores sobre Associativismo e Sindicalismo dos Trabalhadores em Educação*. Rio de Janeiro, 22 e 23 de abril de 2010.
- 102.** Carvalho, G.S. (2002). Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades em saúde. In: Leandro, M., Lobo de Araújo, M., Costa, M. (Org.s). *Saúde: as teias da discriminação social. Actas do Colóquio Internacional. Saúde e discriminação Social*. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho: Braga. Artes Gráficas, 119-135.
- 103.** Carvalho, M. (1996). Trabalho docente e relações de gênero. Algumas indagações. *Revista Brasileira de Educação*. (2), 77-84.
- 104.** Carvalho, S. (2004). As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. *Ciência e Saúde Colectiva*. 9 (3), 669-678.
- 105.** Carvalho, P. (2012). Evolução e crescimento do ensino superior em Angola. *Revista Angolana de Sociologia*. (9), 51-58.
- 106.** Carvalho, P., Felino, L. e Duarte, V. (2015). *Estudos Económicos e Financeiros. O preço do petróleo desafia a economia angolana*. Angola 2015. Banco B.P.I., S.A.
- 107.** Carrasqueira, F.A. e Barbarini, N. (2010). Psicodinâmica do trabalho: uma reflexão acerca do sofrimento mental nas organizações. *V Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR*, Pontifícia, Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 5 (1). 1-18.
- 108.** Casanova, C. (2014). *O impacto dos determinantes sociais na saúde*. CIES – IUL. Centro de Investigação e Estudos Sociológicos. Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa.
- 109.** Casemiro, F. e Martínez, V. (2012). «O fenómeno psicossomático em pacientes neuróticos: uma revisão da literatura». In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I*

Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.

110. Casetto, S.J. (2006). Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. *Psyché*. 10(17), 121-142.
111. Cassandre, M.P. (2011). A saúde de docentes de pós-graduação em universidades Públicas: os danos causados pelas imposições do processo avaliativo. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 11(2), 779-816.
112. Cassel, E. (1999). Diagnosing Suffering: A Perspective. *Annals of Internal Medicine*. 31(7), 531-534.
113. Cassel, E. (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press.
114. Castillo, R. e Frederico, S. (2010). Espaço Geográfico, Produção e Movimento: uma reflexão sobre o conceito de circuito espacial produtivo. *Sociedade & Natureza*. 22(3), 461-474.
115. Castro, F., Kellison, J., Boyd, S. e Kopak, A. (2010). A Methodology for Conducting Integrative Mixed Methods Research and Data Analyses. *Journal of Mixed Methods Research*. 4(4), 342-360.
116. Castro, M., Moreira, S., Silva, C.S. (2004). *Doenças Profissionais na Região de Lisboa e Vale do Tejo no Ano de 2003*. Centro Regional de Saúde Pública, 33 p.
117. Castro, M. e Moreira, S. (2005). *Saúde Ocupacional na Região de Lisboa e Vale do Tejo*. Modelo organizativo e orientações para a acção nos Centros de Saúde. Equipa de Saúde Ocupacional do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo. CRSP, 26 p.
118. C.C.E. (2007). Comissão Das Comunidades Europeias. *Melhorar a qualidade e a produtividade do trabalho: estratégia comunitária para a saúde e a segurança no*

trabalho 2007-2012. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Conselho, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. Bruxelas.

119. Ceccim, R.B. (1995). A Merenda escolar na Virada do Século: Agenciamento pedagógico da cidadania. *Em Aberto*.15(67), 63-72.
120. C.E.D.A.W. (2010). Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de discriminação Contra as Mulheres. *O Estado da Arte em Portugal*. Plataforma Portuguesa para os Direitos das Mulheres. Lisboa, 17 de maio 2010.
121. C.E.I.C./U.C.A.N. (2011). Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. *Relatório Económico de 2010*. Luanda.
122. C.E.I.C./U.C.A.N. (2012). Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. *Relatório Económico de 2011*. Luanda.
123. C.E.I.C./U.C.A.N. (2013). Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. *Relatório Social de Angola 2012*. Luanda.
124. C.E.I.C./U.C.A.N. (2014a). Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. *Relatório Social de Angola 2013*. Luanda: Texto Editores.
125. C.E.I.C./U.C.A.N. (2014b). Centro de Estudo de Investigação Científica da Universidade Católica de Angola. *Relatório Económico de Angola 2013*. Luanda: Texto Editores.
126. Chauí, M. (2003). A universidade pública sob nova perspetiva. *Revista Brasileira de Educação*. (24), 5-15.
127. Chaves, J. (2015). Consequências psicológicas da guerra em Angola: o caso das populações rurais e urbanas da Huíla. Lisboa: ISCTE-IUL. Tese de Doutoramento, 202 p.

128. Chimanda, P. F. (2010). *Do Monopartidarismo à Transição Semocrática em Angola*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Filosofia Política pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 66 p.
129. Codo, W. e Vasques-Menezes, I. (2000). *Cadernos de Saúde do Trabalhador. Burnout: Sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação*. Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (I.N.S.T.). São Paulo: Kingraf – Gráfica e Editora.
130. Conte, D. (2008). *Calados por Deus ou de como nunca Angola foi arrasada pela História: os tons do silêncio no processo de construção da identidade angolana e sua representação na ficção de Pepetela*. Porto Alegre. Trabalho de Pós-Graduação em Letras pela Universidade Federal do rio Grande do Sul, 252 p.
131. Couto, D. (2008). *Prazer, Sofrimento e Riscos de Adoecimento dos enfermeiros e técnicos de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital público do DF*. Brasília. Trabalho de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, 91 p.
132. Coutinho, M., Magro, M., Budde, C. (2011). Entre o prazer e o sofrimento: um estudo sobre os sentidos do trabalho para professores universitários. *Psicologia: Teoria e Prática*. 13(2), 154-167.
133. Creswell, J. e Clark, V. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. California. SAGE Publications, inc. Ebook.
134. Cunha, A. (2011). Processo dos 50: memórias da luta clandestina pela independência de Angola. *Revista Angolana de Sociologia*. (8), 87-96.
135. Duran, E.C. e Cocco, M.I. (2004). Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 12(1), 43-49.
136. Hoch, L. e Rocca, S. (2007). (Org.s). *Sofrimento, resiliência e fé: implicações para as relações de cuidado*. São Leopoldo: Editora Sinodal. 224p. Ebook.

137. I.I.M.A. (2011). *Inquérito de Indicadores de Malária em Angola de 2011*. Calverton, Maryland: Cosep Consultoria, Consaúde e ICF Macro.
138. Costa, I. (2009). *Trabalho por Turno, Saúde e Capacidade para o Trabalho dos Enfermeiros*. Coimbra. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 204 p.
139. Costa, M. e Teixeira, M. (1999). A concepção de “espaço” na investigação epidemiológica. *Cadernos de Saúde Pública*. 15(2), 271-279.
140. Cox, T., & Griffiths, A. (2005). Monitoring the changing organization of work: A commentary. *Sozial- und Praventivmedizin*. 47, 354-355.
141. Cox, T., Griffiths, A. e Rial-González, R. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety and Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communitie.
142. C.P.L.P. (2010). Comunidade dos Países de Língua Portuguesa. Plano Estratégico Igualdade de Género e Empoderamento das Mulheres. Segunda Conferência Ministerial da CPLP sob o tema *Género, Saúde e Violência*. Lisboa, 4 de maio de 2010.
143. C.P.L.P/O.N.U.S.I.D.A. (2010). *Epidemia de VIH nos Países de Língua Oficial Portuguesa. Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados*. 2ª Ed. Brasília.
144. Cunha, K.S. (2005). *A formação continuada stricto sensu: sentidos construídos pelos docentes do ensino superior privado face às exigências legais*. Recife. Dissertação de Mestrado em Educação. Universidade Federal de Pernambuco, 191 p.
145. Cunha, D. (2011). Angola: Nascimento de uma Nação. *Cadernos de Campo*. 20(1), 327-332.
146. Cruz, A.R. (2010). «Mestras do Sertão: a carreira docente de mulheres formadas pela Escola Normal de Feira de Santana entre 1930 e 1949». In: Machado, C.J.S., Santiago, I.M.F.L., e Nunes, M.L.S., Org (s). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256 p.

147. Czkester, M. (2007). *Sofrimento e prazer no trabalho docente em escola pública*. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 152 p.
148. Dal-Farra, R. e Lopes, P. (2013). Métodos Mistos de Pesquisa em Educação: Pressupostos teóricos. *Nuances: estudos sobre Educação, Presidente Prudente*. 24(3), 67-80.
149. Dallari, S. (1988). O Direito à Saúde. *Revista de Saúde Pública*. 22(1), 57-63.
150. Dahlin, M., Cederblad, M., Antonovsky, A., Hagnel, O. (1990). Childhood vulnerability and adult invincibility. *Acta Psychiatry Scandinavia*. 82, 228-232.
151. DeGraff, D.S. e Anker, R. (2004). «Gênero, Mercados de Trabalho e o Trabalho das Mulheres». In: Gênero nos estudos de população. *Demographicas*. Campinas, 163-197.
152. Dejours, C. (1986). Por Um Novo Conceito de Saúde. São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 14(54), 07-11.
153. Dejours, C. (1992). *A Loucura do Trabalho: Estudo de Psicopatologia de Trabalho*. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5ª Ed. São Paulo: Cortez-Oboré.
154. Dejours, C. (1993). *Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2ª Ed. São Paulo: Atlas.
155. Dejours, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
156. Dejours, C. (1996). «Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações». In: Chanlat, J. F. (Coord.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3ª Ed. São Paulo: Atlas.

157. Dejours, C. (1998). «O Trabalho entre sofrimento e prazer». In: *A Banalização da Injustiça Social*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 29-59.
158. Dejours, C. (2001). Entrevista a Christophe Déjours concedida a Marta Resende Cardoso pela Internet em setembro de 2001, traduzida por Pedro Henrique Bernardes Rondon. *Ágora*. 4(2), 89-94.
159. Dejours, C. (2004). Subjetividade, Trabalho e Ação. *Revista Produção*. 14(3), 27-34.
160. Dejours, C. (2005a). *Fator Humano*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas.
161. Dejours, C. (2005b). O corpo da Psicossomática. *Psic. Rev.* 14(2), 245-256.
162. Dejours, C. (2009). *Trabajo y Sofrimiento. Cuando la injusticia se hace banal*. 1ª Ed. Tradução de Beatriz Díez. Colección Trabajo y Sociedad. Madrid: Editorial Modus Laborandi.
163. Dejours, C. (2010). Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d’emancipation. *Ecouter la souffrance, entendre la violence*. Entretien avec Chistine Delory-Momberger. *Le sujet dans la Cité* n°1, novembre 2010.
164. Dejours, C. (2011). «Trabalhar» não é «derrogar». *Laboreal*. 7(1), 76-80.
165. Dejours, C. (2012a). Psicodinâmica do Trabalho e Teoria da Sedução. Tradução de Gustavo A. Ramos Mello Neto. *Psicologia em Estudo*. 17(3), 363-371.
166. Dejours, C. (2012b). Acidentes da Sedução e Teoria do Corpo. Tradução de Lucas Mello Carvalho Ribeiro. *Psicologia em Estudo*. 17(3), 393-401.
167. Dejours, C. e Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 119-145.

168. Dejours, C., Abdoucheli, E. e Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Betiol, M.L.S. (Coord). São Paulo: Atlas.
169. Dejours, C., Dessors, D. e Desrioux, F. (1993). Por Um Trabalho, Fator de Equilíbrio. São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*. 33(3), 98-104.
170. Delcor, N., Araújo, T., Reis, E., Porto, L., Carvalho, F., Silva, M., Barbalho, L. e Andrade, J. (2004). Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 20(1), 187-196.
171. Delgado, F. (2013). Papel da Mulher Angolana nos Serviços de Água nas Áreas Rurais. *I Conferência Internacional sobre Energia e Águas*. Centro de convenções de Talatona, Luanda, 24 a 27 de setembro de 2013.
172. Delgado, P., Lacerda, L. e Loureiro dos Santos, M. (1997). Subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho em saúde. Uma proposta de disciplina eletiva para graduação em Medicina. In: Venâncio, A.T., Leal, E.M., Delgado, P.G. (Org.s). *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá Editora, 477-487.
173. Delors, J. (1998). (Org.) *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Traduzido do Inglês de José Carlos Eufrázio. São Paulo: Cortez Editora.
174. Delp, L., Brown, M. e Domenzain, A. (2005). Fostering youth leadership to address workplace and community environmental health issues: A university-school-community partnership. *Health Promotion Practice*. 6(3), 270-285.
175. Denardin-Budó, M., Gonzales, R. e Beck, C. (2003). Saúde e Trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 24(1), 43-52.

176. Di Cesare, M.; Khang, Y.-H.; Asaria, P.; Blakely, T.; Cowan, M.J.; Farzadfar, F.; Guerrero, R.; Ikeda, N.; Kyobutungi, C.; Msyamboza, K.P.; Oum, S.; Lynch, J.W.; Marmot, M.G.; Ezzati, M. (2013), “Inequalities in non-communicable diseases and effective responses”, *Lancet*. 381, pp. 585-597.
177. Dias, A.R. (2007). Dor Crónica – Um problema de Saúde Pública. *O Portal dos Psicólogos*, 1-8.
178. Dias, H. M. (2010). Angola na Rota pela Independência: apontamentos iniciais para um debate historiográfico da produção acadêmica brasileira. *XIV. Encontro Regional da ANPUH. Rio. Memória e Patrimônio. Rio de Janeiro. 19 a 23 de julho de 2010.*
179. Dias, P., Machado, R., Bento, A. (2014). *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo. Serviço de Estrangeiros e Fronteiras – 2013*. Oeiras, junho de 2014.
180. Diário Económico (2012). Mercado Angolano: uma porta para África. Investimento Direto Estrangeiro (I.D.E.). Projetos Especiais (D.E.). Investir em Angola em parceria com Ernst & Young. *Diário Económico nº5520* de 28 de setembro de 2012.
181. D.G.S. (2012). Direção Geral da Saúde. *Orientação da Direção-Geral da Saúde. Mutilação Genital Feminina*. Divisão de Saúde Reprodutiva. Francisco Henrique Moura Jorge. Número 005/2012. 13 p.
182. D.G.S. (2013). Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSOC). 2º ciclo - 2013/2017*. Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional. Lisboa. DGS, 2013. 52p.
183. Dolan, S. (2006). *Estresse, Autoestima, Saúde e Trabalho*. [Tradução J. Simões; Supervisão Técnica Edson Ferreira] Rio de Janeiro: Qualitymark.
184. Downey, L.; Anyaegbunam, C.; Scutchfield, F. (2009). Dialogue to deliberation: Expanding the empowerment education model. *American Journal of Health Behavior*. 33(1), 26-36.

- 185.** Driessnack, M., Sousa, V. e Mendes, I. (2007). Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem: Parte 3: Métodos Mistos e Múltiplos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(5), s.p.
- 186.** Drulhe, M. (2002). Les inégalités sociales de la santé. In: Leandro, M. E. e Costa, M. S., (orgs), *Saúde e discriminação social – Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação social*, Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho: Braga. Artes Gráficas, 21-30.
- 187.** Ducados, H.L. e Ferreira, M.E. (1998). O financiamento informal e as estratégias de sobrevivência económica das mulheres em Angola: a Kixikila no município do Sambizanga (Luanda). *Documentos de Trabalho nº53*, CEAs, Lisboa.
- 188.** Educarado, M.F. (2006). Território, Trabalho e Poder: por uma geografia relacional. Campo-Território. *Revista de Geografia Agrária*. 1(2), 173-195.
- 189.** Elias, A.P. (2014). *Bem-Estar no Ensino Superior. Processo de Ajustamento dos Estudantes Angolanos*. 1ª Ed. Luanda: Mayamba Editora.
- 190.** Elias, M. e Navarro, V. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14(4), 517-525.
- 191.** Encarnação, P., Oliveira, C. e Martins, T. (2015). A fé em pessoas com esclerose múltipla alivia o sofrimento? Desafios e Perspetivas. *II Congresso Internacional de Enfermagem em Esclerose Múltipla. “Melhor prática, mais qualidade de vida”*. 25 e 26 de setembro de 2015. Coimbra.
- 192.** E.P.J. (2012). Escola da Polícia Judiciária. *Mutilação Genital Feminina – Guia de Procedimentos para Órgãos de Polícia Criminal*. Loures: E.P.J. 2012.
- 193.** Erben, R., Franzkowiak, P. e Wenzel, E. (2000). People Empowerment vs. Social Capital. From health promotion to social marketing. *Health Promotion Journal of Australia*. 9(3), 179-182.

- 194.** Erikson, M. e Lindstrom, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*. 23(2), 190-199.
- 195.** Ernesto, F.J. (2008). *Stress e Bem-Estar na Profissão Docente: um estudo longitudinal de acordo com o Modelo de Karasek*. Lisboa. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Universidade de Lisboa, 124 p.
- 196.** European Commission/EACEA/Eurydice (2015). *The European Higher Education Area in 2015: Bologna Process Implementation Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- 197.** Évora, I. (2010). Mercado e Trabalho: questões de género. *Seminário Trabalho, sociabilidade e geração de rendimento no espaço lusófono*. Coleção Documentos de Trabalho N° 87. CEsa. Centros de Estudos sobre África e do Desenvolvimento. Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.
- 198.** Facchinetti, C. (2009). Maneiras de Padecer, de fruir e de (se) construir: sobre a psicodinâmica do trabalho e seu sujeito. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 16(4), 1120-1124.
- 199.** Faria, M.L. (2009). «Diásporas académicas: estudantes angolanos no ensino superior português». In: Silva, M. C., et al. (Org.s). (2009). *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências Sociais e Educação: Formação e Aprendizagens. Braga: Universidade do Minho. 4 a 7 de fevereiro de 2009, 810–816.
- 200.** Faria, R. e Bortolozzi, A. (2009). Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da Geografia da Saúde no Brasil. *R. RA' E GA*, Curitiba, 17, 31-41. Editora UFPR.
- 201.** Fátima, M. (2008). «Educação tradicional na comunidade rural *Muila* da Humpata». In: Silva, E.A. e Bondo, P.F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIED). Braga,

Portugal e EDUAN – Editora da Universidade Agostinho Neto. Luanda, Angola. 28 a 30 de maio de 2008, 229-234.

202. Fernandes, D., Nunan, C. e Carvalho, M. (2011). O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da Crise Mundial. Artigo 4º. *Revista de Estudos Demográficos*. (49), 69-98.
203. Fernandes, J.M. (2013). «Crise económica não pode servir para menos saúde e segurança no trabalho». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. 12 a 13 de julho de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 733-740.
204. Fernandes, S.R. (1996). Saúde e Trabalho: controvérsias teóricas. *Caderno CRH*. Salvador. (24/25), 155-169.
205. Ferreira, E.R. e Santiago, I.M.F. (2010). Relações de gênero na perspectiva dos/as professores/as do ensino fundamental. In: Machado, C.J.S., Santiago, I.M.F.L., e Nunes, M.L.S., org (s). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256 p. Ebook.
206. Ferreira, J. (1994). O corpo sígnico. In: Alves, P.C. e Minayo, M.C., Org.s *Saúde e Doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994, 174 p.
207. Ferreira, F.A. (1990). *Moderna Saúde Pública*. 6ª Ed. Lisboa. Fundação Clouste Gulbenkian.
208. Ferreira, J.A. (1975). *Dicionário Inglês-Português*. Nova Edição Revista e Melhorada pelo Dr. Armando de Moraes do Liceu Alexandre Herculano, Porto. Ministério de Educação da Republica Popular de Angola.
209. Ferreira, J. e Penido, L. (2013). *Saúde mental no trabalho: Coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*. Goiânia: Cir Gráfica, 676 p.
210. Ferreira, M.C. (2003). «O sujeito forja o ambiente, o ambiente "forja" o sujeito: inter-relação indivíduo-ambiente em Ergonomia da atividade». In: Ferreira, M.C. e Dal

- Rosso, S. (Orgs.). *A regulação social do trabalho*. Brasília: Editora Parelo. Brasília UnB, 21-45.
- 211.** Ferreira, M.C. (2004). «Bem-estar: Equilíbrio entre a Cultura do Trabalho Prescrito e a Cultura do Trabalho Real». In: Tamaio, A. (Org.) *Cultura Organizacional e Saúde*. São Paulo: Editora Artmed.
- 212.** Ferreira, M.C. e Coelho, M.G. (2009). O processo de formação identitária dos professores por meios pedagógicos/comunicacionais da docência online. In: Silva, M. C., et al. (Org.s). (2009). *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências Sociais e Educação: Formação e Aprendizagens. Braga: Universidade do Minho, 267-274.
- 213.** Ferreira, M. C. e Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e Riscos de Adoecimento - O caso dos Auditores-Fiscais da Previdência Social Brasileira*. Brasília: Edições LPA e FENAFISP.
- 214.** Ferreira, M.V. e Antúnez, A.E. (2013). Intersubjetividade em Michel Henry: Relação Terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica. Phenomenological Studies*. 19(1), 92-96.
- 215.** Ferreira, P. (1998). *A Medição do Estado de Saúde: criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- 216.** Ferreira, P., Santana, P. (2003). S. Subbiah (Ed.). Educational Level as a Determinant for Health: A case study of Portugal. Offprints. *The Indian Geographical Journal*. 78(1), 4-12.
- 217.** Ferreira, V. (2010). (Org.). *A Igualdade de Mulheres e Homens no Trabalho e no Emprego em Portugal: Políticas e Circunstâncias*. Coleção Estudos 7. Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, Lisboa: CITE.
- 218.** Ferrell, B. e Coyle, N. (2008). *The Nature of Suffering and the Goals of Nursing*. Oxford. Oxford University Press, Inc. Ebook.

219. Filho, P.A. (2011). Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. *Caderno de saúde Pública*, Rio de Janeiro. 27(11), 2080-2081.
220. Fisberg, M., Pedromônico, M.R., Braga, J.A., Ferreira, A.M., Pini, C., Campos, S.C., Lemes, S.O., Silva, S., Silva, R.S. e Andrade, T.M. (1997). Comparação do desempenho de pré-escolares, mediante teste de desenvolvimento de Denver, antes e após intervenção nutricional. *Revista de Associação Médica do Brasil*. 43(2), 99-104.
221. F.M.I. (2014). International Monetary Fund. *World Economic Outlook. Recovery Strengthens, Remains Uneven*. (Washington, April 2014), 236 p.
222. F.M.I. (2015). Fundo Monetário Internacional. *Corpo Técnico do FMI conclui Missão de consulta de 2015 com Angola ao abrigo do Artigo IV*. Comunicado de Imprensa Nº 15/388 de 25 de agosto de 2015.
223. Fonseca, C., Canhota, C., Silva, E., Simões, J., Yaphe, J., Maia, M., Ribas, M., Melo, M., Nicola, P., Braga, R. e Ramos, V. (2008). Silva, E. (Coord.). *Investigação Passo a Passo. Perguntas e respostas para a investigação clínica*. Núcleo de Investigação da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG). 1ª Ed. Lisboa: APMCG., 160 p.
224. Fonseca, D.C. (2013). «O professor diante da violência juvenil: contradições, discursos e práticas». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 668-684.
225. Fonseca, R.M. (2005). Equidade de género e saúde das mulheres. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 39(4), 450-459.
226. Fontoura, M. (2008). «Angola: se não nós, quem? Se não agora, quando?» In: *Portugalglobal: pense global pense Portugal*. Mercado. *Revista Portugalglobal*, 33-45.
227. Forattini, C.D. e Lucena, C. (2015). Adoecimento e sofrimento na perspectiva da precarização do trabalho. *Laplage em Revista (Sorocaba)*. 1(2), 32-47.

228. Francisco, M. (2012). *Angola Paz Total: Processo de Pacificação e Tratados e Acordos e Reintegração dos Ex-militares*. Lisboa. Relatório Científico Final do Trabalho de Investigação Aplicada. Academia Militar, 81 p.
229. Franco, T. (2004). A centralidade do trabalho na visão da Psicodinâmica de Dejours. *Caderno CRH*. 17(41), 309-321.
230. Freire, P. (1970). *A Pedagogia do Oprimido*. 23ª Reimpressão. São Paulo: Paz e Terra.
231. Freire, P. (1979). *Educação e Mudança*. 12ª Edição. Campinas: Paz e Terra.
232. Freire, P. (1992). *A Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
233. Freire, P. (1996). *A Pedagogia da Autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. 25ª Edição. São Paulo: Paz e Terra.
234. Freitas, C. (2005). Trabalho estranhado dos professores do ensino particular em Salvador em um contexto neoliberal. Brasília. *Sociedade e Estado*. 20(1), 257-279.
235. Freitas, D. (2014). *O combate ao analfabetismo em Angola desde o acordo de paz (2002). Alfabetização e os seus constrangimentos no meio rural*. Coimbra. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos, 56 p.
236. Freitas, M.E. (2009). A mobilidade como novo capital simbólico nas organizações ou sejamôs nômade? O&S. *Organizações & Sociedade*. (16), 247-264.
237. F.E.M.C.V.T. (1997). Fundação Europeia para a Melhoria da Condições de Vida e de Trabalho. *A prevenção do absentismo no trabalho*. Sinopse da investigação. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 44 p.
238. Fukuda, Y., Nakamura, K. e Takano, T. (2004). Municipal socioeconomic status and mortality in Japan: sex and age differences, and trends in 1973-1998. *Social Science & Medicine*. (59), 2435-2445.

239. Gabbard, G. (1998). *Psiquiatria Psicodinâmica*. Baseado no DMS-IV. Traduzido do Inglês de Luciana Jorge e Maria Rita Hofmeister. 2ª Edição. Porto Alegre: Artemed.
240. Galor, O. (2012). The demographic transition: causes and consequences. *Cliometrica*. (6), 1-28.
241. Garcia, L.P. e Benevides-Pereira, A.M. (2003). Investigando o *Burnout* em professores universitários. In: *Revista Eletrônica InterAção Psy*. Ano 1(1), 76-89.
242. Gasparini, S., Barreto, S. e Assunção, A. (2005). O Professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. *Educação e Pesquisa*. 31 (2), 189-199.
243. Gatrell, A. e Elliot, S. (2009). *Geographies of Health. An introduction*. 2ª Ed. Wiley-Blackwell.
244. G.E.M. (2012). Global Entrepreneurship Monitor. *GEM Angola 2012 - Estudo sobre o Empreendedorismo*. Financiado pelo International Development Research Centre (IDRC), Global Entrepreneurship Research Association (GERA).
245. Ghighione, R. e Matalon, B. (1992). *O Inquérito. Teoria e Prática*. Tradução de Conceição Lemos Pires. Oeiras: Celta Editora.
246. Ghisleni, A. E Merlo, A. (2012). Trabalhador Contemporâneo e Patologias por Hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(2), 171-176.
247. Gibson, C. (1991). Concept Analysis of Empowerment. In: *Journal of Advanced Nursing*. 16(3), 354-361.
248. Giddens, A. (1997). *Sociologia*. 2ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
249. Giordani, E., Holzschuh, A., Kroetz, A., Henriques, C. e Ketzer, P. (2006). Formação e Atuação do Professor Universitário. In: *Anais do II Seminário Nacional de Filosofia e Educação: Confluências*. Santa Maria: FACOS-UFSM.

- 250.** Glina, D., Rocha, L., Batista, M. e Mendonça, M. (2001). Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Caderno de Saúde Pública*. 17(3), 607-616.
- 251.** Glouberman, S. e Millar, J. (2003). Evolution of the Determinants of Health Policy, and Health Information Systems in Canada. Models for Population Health. Peer Reviewed. *American Journal of Public Health*. 93(3), 388-392.
- 252.** Goetzel, R., Long, S., Ozminkowski, R., Hawkins, K., Wang, S. e Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational Environment Medicine*. (46), 398-412.
- 253.** Goetzel, R., Henke, R., Tabrizi, M., Pelletier, K., Loeppke, R., Ballard, D., Grossmeier, J., Anderson, D., Yach, D., Kelly, R., McCalister, T., Serxner, S., Selecky, C., Shallenberger, L., Fries, J., Baase, C., Isaac, F., Crighton, K., Wald, P., Exum, E., Shurney, D. E Metz, R. (2014). Do workplace health promotion (wellness) programs work? *Journal of Occupational Environment Medicine*. 56(9), 927-934.
- 254.** Góis, C. (2009). *Considerações Clínicas e Dinâmica Cultural da Mutilação Genital Feminina*. Porto. Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina. Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, 13 p.
- 255.** Gomes, M.C. (2010). *Avaliação do Desempenho Docente: Objectivos e Controvérsias*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Departamento de Ciências da Educação. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 172 p.
- 256.** Gonçalves, A.S. (2010). *Prazer e Sofrimento no Trabalho de Docentes da Saúde em Universidade Pública da Região Amazônica*. Florianópolis. Tese de Doutorado em Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina, 213 p.
- 257.** Gonçalves, J. (2010b). A Economia de Angola: da Independência à Crise Mundial de 2008. *Revista Tempo do Mundo*. 2 (3), 75-92.

- 258.** Gonçalves, M. (2002). Resenha do livro de Helena Hirata (2002). Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Bontempo. Coleção Mundo do Trabalho. *Geografia (Londrina)*. 11(2), 345-347.
- 259.** Gonçalves, M.A. e Júnior, A.T. (2002). Informalidade e Precarização do Trabalho: uma contribuição á Geografia do Trabalho. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. VI, 119 (31), s.p.
- 260.** Gonçalves, M.O. (coord.) Cunha, P.J.A., Remoaldo, P.C., Silva Ribeiro, J., Silva, A., Coelho, J., Duque, E., Arroteia, J., Magalhães, S., Menezes, J., Pinho, F. e Romão, A.M. (2016). *Empreendedorismo emigrante português em Londres, Andorra, Nice e Mónaco, Porto, Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade (CEPESE)*, com o apoio da FCT (Fundação para a Ciência e Tecnologia) e do Programa COMPETE (Programa Operacional Factores de Competitividade), 221 p.
- 261.** Gonçalves, J. (2010a). «Questões sobre a História Económica de Angola. Da Fundação de Luanda ao Começo do Ultra-colonialismo». In: Conferência apresentada no *Encontro Internacional sobre História de Angola, Luanda*, de 28 de setembro a 1 de outubro de 2010.
- 262.** Governo de Angola (2001). *Estratégia integrada para a melhoria do Sistema de Educação (2001 – 2015)*. Conselho de Ministros da República de Angola. Luanda. Angola.
- 263.** Governo de Angola (2008). *Relatório sobre a situação do país – ANGOLA*. Versão Draft Final (31.03.2008). Luanda, 1-25.
- 264.** Governo de Angola (2011). *Balanço da Implementação da 2ª Reforma Educativa em Angola*. Ministério de Educação, 65 p.
- 265.** Graça, P.B. (2005). *A construção da nação em África: ambivalência cultural de Moçambique*. Coimbra: Almedina.
- 266.** Gradella Jr., O. (2010). O Sofrimento psíquico e trabalho intelectual. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 13(1), 133-148.

267. Graeff, F.G. e Guimarães, F.S. (2005). *Fundamentos de Psicofarmacologia*. São Paulo: Editora Atheneu.
268. Guedes, M.G., Lourenço, J. M., Filipe, A. I., Almeida, L. e Moreira, M. A. (2007). *Bolonha: ensino e aprendizagem por projecto*. Lisboa: Centro Atlântico.
269. Guedes, M.S. (2010). *Entrevista*. Trabalho de pesquisa acadêmica para Ciências Econômicas da Faculdade de Economia da Universidade Federal de Mato Grosso. UFMT. Brasil.
270. Guerra, I.C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e Formas de Uso*. 1ª Ed. Estoril: Principia.
271. Guidano, V. (1987). *The Complexity of Self: A developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. New York. London: The Guilford Press.
272. Guidano, V. (1990). *El Modelo Posracionalista en Psicología*. Tradução de Maria Angélica Carrasco e outros. Edição de Susana Aronshn F. Universidad Academia de Humanismo Cristiano Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista.
273. Guidano, V. (1991). *The Self in Process: Toward a Post-Rationalist Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
274. Guimarães, F. e Martins, M. (2010). Valores e Prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. *Estudos de Psicologia*. 27(2), 133-145.
275. Guimarães, M.C. (2006). Controle no trabalho: uma reflexão sobre antigas e novas formas de controle e suas consequências sobre os trabalhadores. *Revista de Gestão USP*. 13(1), 1-10.
276. Guimarães, P.M. (2008). *Sentido Interno de Coerência (SIC) e equilíbrio entre esforço e recompensa em trabalhadores do setor de tecnologia de informação (TI)*. Campinas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 111 p.

- 277.** Guli, E.N. (2012). «O ensino superior e a condição humana: um estudo exploratório na VI região académica, Angola». In: *2ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa – 6, 7 e 8 de novembro de 2012 – Por Um Ensino Superior de Qualidade nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Macau: Instituto Politécnico de Macau.
- 278.** Hadair, F., Oliveira, U. e Nascimento, L. (2001). Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Caderno de Saúde Pública*. 17(4), 1025-1029.
- 279.** Hales, S., Black W., Skelly, C., Salmond, C. e Weinstein, P. (2003). Social deprivation and the public health risks of community drinking water supplies in New Zealand. *Journal of Epidemiology Community Health*. (57), 581-583.
- 280.** Hall, E. (1989). Gender, work control, and stress: A Theoretical discussion and an empirical test. *International Journal of Health Services*. 19(4), 725-745.
- 281.** Hass, S. (2012). *O sofrimento psíquico do técnico de segurança do trabalho frente à organização do trabalho pós-fordista*. Campinas. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 120 p.
- 282.** Heloani, R. (2006). O trabalho do jornalista: estresse e qualidade de vida. *Revista Interações*. 12(22), 171-198.
- 283.** Heloani, R. e Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Revista Produção*. 14(3), 77-86.
- 284.** Herzlich, C. (1969/1996). *Santé et maladie: Analyse d'une représentation sociale*. Paris: Editions del'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- 285.** Hill, M. e Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- 286.** Hirata, H. (1995). Divisão. Relações sociais de sexo e do trabalho: contribuição à discussão sobre o conceito de trabalho. *Em Aberto*. Ano 15. (65), 39-49.

- 287.** Hirata, H. (2010). Premier panel. Empleo, responsabilidades familiares y obstáculos socioculturales a la igualdad de género en la economía. «Mundialização, divisão sexual do trabalho e movimentos feministas transnacionais». In: *XI Conferência Regional Sobre la Mujer de America Latina y el Caribe*. Brasília, 13 a 16 de Julio de 2010.
- 288.** Hirata, H. e Kergoat, D. (2007). Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. *Cadernos de Pesquisa*. 37(132), 595-609.
- 289.** Hirata, H. e Zariffian, P. (2007). El concepto de trabajo. *Revista de Trabajo*. Ano 3.(4), 33-36.
- 290.** I.N.A.A.R.E.E.S. (2016). Instituto Nacional de Avaliação, Acreditação e Reconhecimento de Estudos do Ensino Superior. *Quadro Actual de Legalidade dos Cursos de Graduação ministrados nas Instituições de Ensino Superior Públicas e Privadas*. Especial Ensino Superior. Ano Académico 2016. Luanda, 14 p.
- 291.** I.N.E.E./M.E.D. (2006). *Plano Estratégico de Desenvolvimento da Educação Especial em Angola 2007 – 2015*. Instituto Nacional para a Educação Especial (I.N.E.E.) e Ministério da Educação (M.E.D.). Luanda: Centro de Documentação e Informação.
- 292.** I.N.L.S./M.I.N.S.A. (2012). U.N.G.A.S.S. 2012. United Nation's General Assembly. *Relatório sobre o Progresso do País para dar Seguimento aos Compromissos da Sessão Especial sobre VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, período 2010-2011*. Promologado a 14 de março de 2012. Luanda.
- 293.** I.N.L.S./M.I.N.S.A. (2014). Ministério da Saúde e Instituto de Luta Nacional Contra a SIDA. *Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA (GARPR, 2014) República de Angola*. maio 2014. Luanda.
- 294.** Itaburaí, N.R. (2003). Trabalho feminino e mudanças na família no Brasil (1984-1996): explorando relações. *Rev. Brás. Est. Pop.* 20(2), 157-176.
- 295.** Jacinto, M.M. (2012). *A Problemática da água em Angola (1975-2010): Caso de Estudo Luanda*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Gestão do Território. Área de

Especialização em Ambiente e Recursos Naturais pela Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, 116 p.

- 296.** Jorge, M. (2006). Nação, Identidade e Unidade Nacional em Angola. Conceitos, Preceitos e Preconceitos do Nacionalismo Angolano. Estudos/Études. Paris. *Revista Latitudes*. (28), 3-10.
- 297.** Jornal Oficial da União Europeia (2014). *Informações das instituições, órgãos e organismos da União Europeia*. Conclusões do Conselho da União Europeia sobre a dimensão global do ensino superior europeu, Série C. C/28.2 – C/28.5.
- 298.** Julião, M., Fareleira, F., Costa, J. e Carneiro, A. (2011). CEMBE da FMUL – Norma de Orientação Clínica da Dor Neuropática Localizada. *Revista Dor*. (19), 6-48.
- 299.** Junior, L.S. (2004). Desconstruindo a definição de saúde. *Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM)*,15-16.
- 300.** Júnior, R.S. (2014). «“*Publish or perish*”: a intensificação do trabalho e o adoecimento de docentes na educação superior da rede privada de ensino». In: Lopes, A. Cavalcante, M., Oliveira, D. e Hypólito, A. (Org.s). (2014). *Trabalho docente e formação. Políticas, Práticas e investigação: pontes para a mudança*. Edição: CIIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas, 5513 p.
- 301.** Júnior, A.T. (2002). Por uma Geografia do Trabalho. Reflexões preliminares. *Scripta Nova, Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*. Universidad de Barcelona. VI, 119 (5), s.p.
- 302.** Júnior, A.T. (2003). A Geografia do Mundo do Trabalho na Viragem do Século XXI. Dóssier. *Revista Pegada*. 4(2), 5-22.
- 303.** Júnior, A.T. (2011). O Mundo do Trabalho e as Transformações Territoriais: os limites da ‘leitura’ geográfica. Mundo do Trabalho. *Revista Pegada*. 12(1), 104-122.
- 304.** Kagibanga, V. (2000). *Ensino Superior e Dimensão Cultural de Desenvolvimento: Reflexões sobre o papel do Ensino Superior em Angola*. Africana Studia Nº 3. Porto: Edição da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 137-151.

- 305.** Karazman, R., Karazman-Morawetz, I., Faux, A. & Lindorfer, M. (2005). Shift plan reform in chemical plant POLYFELT as precondition knowledge management between generations. *International Congress Series. (ICS)*, 95-100.
- 306.** Katúmua, M. (2015). «Políticas e modelos de governança do Ensino Superior em Angola». In: Sá, V., Torres, L., Silva, G. e Silva, D. (Org.s). (2015). *II Colóquio Internacional de Ciências Sociais da Educação. O Governo das Escolas: Atores, políticas e Práticas*. Universidade do Minho. Instituto de Educação. Departamento de Ciências Sociais da Educação. 1, 2 e 3 de outubro de 2015, 9-21.
- 307.** Kiss, P., Walgraeve, M., Vanhoorne, M. (2002). Assessment of work ability in aging fire fighters by means of the Work Ability Index Preliminary results. *Arch Public Health*. 60, 233-243.
- 308.** Klaveren, M., Tijdens, K., Hughie-Williams, M., Martin, N. (2009). *Visão Geral do Trabalho e Emprego das Mulheres em Angola*. Projecto Decisões para Toda a Vida relativo ao ODM3 Relatório Nacional N.º. 2. Universidade de Amesterdão. Instituto de Estudos Avançados sobre o Trabalho de Amesterdão (AIAS). Amesterdão, Países Baixos.
- 309.** Kleba, M., Comerlatto, D., Clliselli, L. (2007). A Promoção do empoderamento com conselhos gestores de um pólo de educação permanente em saúde. *Texto Contexto Enfermagem*. 16(2), 335-342.
- 310.** La Falce, J., Garcia, F. e Muylder, C. (2011). Prazer e Sofrimento: um estudo de caso em um centro de pesquisas brasileiro. *Gestão & Regionalidade*. 27(81), 74-86.
- 311.** Lacaz, F. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde/doença. *Ciência & Saúde Colectiva*. 51(1), 151-161.
- 312.** Ladebo, J., Olaoye, J., Adamu, C. (2008). Extension Personnel's Self-Esteem and Workplace Relationships: Implications for job satisfaction and affective organizational commitment foci. *The Journal of Agricultural Education and Extension*. 14(3), 249-263.

- 313.** Lancman, S. e Ghirardi, M. (2002). *Pensando Novas Práticas em Terapia*. 13(2) 44-50.
- 314.** Lancman, S. e Uchida, S. (2003). Trabalho e Subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 6, 79-90.
- 315.** Landini, S.R. (2008). Professor: Trabalho e transtornos psíquicos. *Revista Teoria e Prática da Educação*. 11(3), 298-308.
- 316.** Laverack, G. e Labonte, R. (2000). A planning framdework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy and Planning*. 15(3), 255-262.
- 317.** Léda, D.B. (2006). “Correndo Atrás”: As repercussões da economia capitalista flexível no cotidiano do trabalho docente. Eixo Temático II. Saúde e trabalho docente. In: *Anais do VI Seminário da Redestrado - Regulação Educacional e Trabalho Docente*, 06 e 07 de novembro de 2006 – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro-RJ.
- 318.** Lee, R., Mason, A. (2010). Fertility, Human Capital, and Economic Growth over the Demographic Transition. *European Journal Population*. 26, 159-182.
- 319.** Leandro, M., Lobo de Araújo, M. e Costa, M. (Org.s). (2002). Saúde: as teias da discriminação social. *Actas do Colóquio Internacional. Saúde e discriminação Social*. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho: Braga. Artes Gráficas.
- 320.** Lefèvre, F. e Lefèvre, A.M. (2004). Saúde, Empoderamento e Triangulação. *Saúde e Sociedade*. 13(2) 32-38.
- 321.** Leitão, M., Teles, G. e Soares da Silva. (2012). *O “Doing Business” Angola*. Moraes Leitão, Galvão Teles, Soares da Silva & Associados, Sociedade de Advogados, RL (MLGTS). Angola Legal Circle Advogados (ALC). MLGTS Legal Circle, 116 p.
- 322.** Leite, J.L. (2014). «Trabalho Docente e Saúde: do prazer à dor; da resignação à luta». In: Lopes, A. Cavalcante, M., Oliveira, D. e Hypólito, A. (Org.s). (2014).

Trabalho docente e formação. Políticas, Práticas e investigação: pontes para a mudança. Edição: CIIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas, 5513 p.

- 323.** Lemos, J. (2005). *Cargas Psíquicas no Trabalho e Processos de Saúde em Professores Universitários.* Florianópolis. Tese de Doutorado em Engenharia da Produção – Universidade Federal de Santa Catarina, 147 p.
- 324.** Leppänen, A., Hopsu, L. e Klemola, S. (2005). Can Improvement of work and Work Process Knowledge Support Well-being at Work? *International Congress Series.* (ICS). (1280), 377-381.
- 325.** Lessard-Hérbert, M. Goyette, G. e Boutin, G. (1994). *Investigação Qualitativa: fundamentos e práticas.* Trad. Francês de M^a João Reis. Instituto Piaget. Lisboa: Artes Gráficas.
- 326.** Liberato, E. (2014). Avanços e retrocessos da educação em Angola. *Revista Brasileira de Educação.* 19(59), 1005-1031.
- 327.** Lima, M.E. (2008). A Psicopatologia do Trabalho. *Psicologia Ciência e Profissão.* 18(2), 10-15.
- 328.** Lima, M.S. (2012). *Imagem e Identidade: Estudo sobre o professor universitário.* Lisboa. Tese de Doutorado em Educação. Especialidade em Administração e Política Educacional. Universidade de Lisboa. Instituto de Educação, 462 p.
- 329.** Lino, M. (2004). *Qualidade de Vida e Satisfação Profissional de Enfermeiras de Unidades de Terapia Intensiva.* São Paulo. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 223 p.
- 330.** Lindstrom, B. e Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiological Community Health.* 59(6), 440-442.
- 331.** Lindstrom, B. e Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International.* 21(3), 238-244.

- 332.** Lindstrom, B. e Eriksson, M. (2010). The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis. *Folkhälsan Health Promotion Research Report*. (2), 15p.
- 333.** Lindstrom, B. e Eriksson, M. (2011). From health education to healthy learning: Implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian Journal of Public Health*. 39(6), 85-92.
- 334.** Lindstrom, B. (2012). How to build a salutogenic society. The international health promotion research forum and the 5th salutogenesis research seminar. Thondheim.
- 335.** Lopes, C.M. (2000). Luanda, Cidade Informal? Estudo de caso sobre o Bairro Rocha Pinto. Comunicação apresentada ao *VI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 5-9 setembro de 2000.
- 336.** Lopes, F. e Milani, R. (2012). Suicídio: um desafio para o Psicólogo Clínico. *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 337.** Lopes, J., Silva, J., Ganga, R., Gomes, R., Vaz, H., Cerdeira, L., Cabrito, B., Magalhães, D., Machado-Taylor, M., Peixoto, P., Brites, R., Silva, S., e Patrocínio, T. (2015). Socialização e percursos (e)migratórios em Portugal: uma análise a partir de retratos sociológicos. *Revista Cadernos de Educação*. (51), 1-21.
- 338.** Lopes, M. (2006). "Universidade Produtiva" e trabalho docente flexibilizado. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 6(1), 35-48.
- 339.** Lopes, N. (2015). Religiosidade na Diáspora: continuidade e permanência. In: Souza, R. (Org.). *Diversas Diversidades*. Seminário Internacional. *Coletânea Diversa Diversidades*, Niterói, Rio de Janeiro, Uff/Cead, 81-108.
- 340.** Lowenthal, R., Tuck, D. e Bray, I. (2007). Residential exposure to electric power transmission lines and risk of lymphoproliferative and myeloproliferative disorders: a case-control study", *Internal Medicine Journal*. 37 (9), 614-619.

- 341.** Lunardi, V.L. (1999). Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 20(1), 26-40.
- 342.** Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion (1997/2007). Luxemburgo, 27 e 28 de novembro de 1997. Revisto em janeiro de 2005 e junho de 2007.
- 343.** Macamo, E. (2014). «Corrupção». In: Sansone, L. e Furtado, C. (2014). (Org.s). *Dicionário crítico das Ciências Sociais dos países de fala oficial portuguesa*. Salvador: ABA Publicações.
- 344.** Machado, C.J., Santiago, I.M., e Nunes, M.L., (2010). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256p.
- 345.** Magnus, C.N. e Merlo, A. (S/D). O Processo de Construção da Saúde do servidor Estadual do RS através da Psicodinâmica do Trabalho: Relato de Experiência. *I Colóquio Internacional de Psicossociologia do Trabalho – BH*. Eixo Temático: Saúde e Trabalho. Rio Grande do Sul.
- 346.** Malta, D., Goulart, E. e Costa, M. (1998). Estado nutricional e variáveis sócio-econômicas na repetência escolar: um estudo prospectivo em crianças da primeira série em Belo Horizonte, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 14(1), 157-164.
- 347.** Mancebo, D. (2007). Trabalho Docente: Subjetividade, Sobreimplicação e Prazer. *Psicologia Reflexão e Crítica*. 20(1), 74-80.
- 348.** Mann, R.C. (2012). *Mobilidade da força de trabalho: os impactos de intensos deslocamentos geográficos sob a ótica de trabalhadores docentes*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Gestão Empresarial. Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, 70 p.
- 349.** Manuel, T. (2011). «A Tomada de Decisões na Universidade Pública de Angola. A Representação do Estatuto da Carreira Docente». In: *1ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. 14,

15 e 16 de novembro de 2011. Os desafios da Gestão e da Qualidade do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa. Lisboa. Universidade de Lisboa.

- 350.** Manuel, T. (2013). *Cultura(s) Organizacional(ais) da Universidade: A tomada de decisões para o provimento da carreira docente na Universidade Pública de Angola*. Braga. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, especialidade de Organização e Administração Escolar. Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 574 p.
- 351.** Manuel, T. (2015). «A Regulação do Ensino Superior como Interface da Regra do Funcionalismo Público do Estatuto da Carreira Docente em Angola». In: *5ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa – 18, 19 e 20 de novembro de 2015 – Autonomia e os Modelos de Governo e Gestão das Instituições de Ensino Superior*. Coimbra. Universidade de Coimbra.
- 352.** Marmot, M. e Allen, J. (2015). Health priorities and the social determinants of health. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 21(9), 671-672.
- 353.** Marques-Teixeira, J. (2005). Psicopatologia do Trabalho. Novos desafios. *Editorial/Editorial*. 7(4), 07-12.
- 354.** Marquez, J.O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Revista Ciência e Cultura*. 63(2), 28-32.
- 355.** Martinez, M.C. (2002). *As Relações entre a Satisfação com Aspectos Psicossociais no Trabalho e a Saúde do Trabalhador*. São Paulo. Dissertação de Mestrado. Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 255 p.
- 356.** Martino, M. (2002). Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. *Revista Panam Salud Publica*. 12(2), 95-100.

357. Martingo, C. (2007). *O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: o caso das Guineenses. Um estudo exploratório*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais. Universidade Aberta. 245 p.
358. Martingo, C. (2009). *O Corte dos Genitais Femininos em Portugal: o caso das Guineenses. Um estudo exploratório*. Coleção Teses, Nº 22, ACIDI, IP.
359. Martins, J., Domansky, R., Ciampone, M. (2006). Resenha Bibliográfica: Banalização da Injustiça Social. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14(2), 292-293.
360. Martins, A. (2007). Consciência de finitude, sofrimento e espiritualidade. *O Mundo da Saúde*. 31(2), 174-178.
361. Martins, J. e Pinheiro, A. (2006). Sofrimento Psíquico nas relações de trabalho. PSIC. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 7(1), 79-85.
362. Martins, J., Robazzi, M. e Bobroff, M. (2010). Pleasure and suffering in the nursing group: reflection to the light of Dejour Psychodynamics. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 44(4), 1101-5.
363. Martins, M. (2011). *Educação para a saúde e vigilância pré-natal: Interconfluências profissionais e familiares*. Braga. Tese de Doutoramento em Sociologia – Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 469 p.
364. Martins, M.A. (2009). Os modos de significar a profissão docente e aquilo que a identifica conforme os docentes ativos. In: Silva, et al. (Org.s) *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências sociais e educação: formação e aprendizagens. Campus Gualtar, Braga: Universidade do Minho. 262-267.
365. Martins, M.F. (2007). *Mitos e Crenças na Gravidez: Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*. Braga: Edições Colibri.

- 366.** Martins, M. e Costa, S. (2012). «Avaliação na universidade Agostinho Neto, como garantia da qualidade do ensino» In: *2ª Conferência do FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa – 6, 7 e 8 de novembro de 2012 – Por Um Ensino Superior de Qualidade nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Macau: Instituto Politécnico de Macau.
- 367.** Matos, A. et. al. (2007). *Programa Regional de Saúde Ocupacional: Conhecimento, prevenção e reparação de acidentes em serviço e doenças profissionais*. Orientações Técnicas. Equipa de Saúde Ocupacional do Centro Regional de Saúde Pública de Lisboa e Vale do Tejo. Janeiro de 2007, 33 p.
- 368.** Maturana, H.R. e Varela, F. (1972/2002). *De Máquinas e Seres Vivos: Autopoiese – A Organização do Vivo*. Tradução de Juan Acuña Llorens. Artmed Editora.
- 369.** Maturana, H.R. e Varela, F. (1990). *El árbol del conocimiento: las bases biológicas del conocimiento*. Madrid: Editorial Debate, S.A.
- 370.** Maués, O.C. (2006). A Reforma da educação superior e o trabalho docente. Eixo Temático II. Saúde e trabalho docente. In: *Anais do VI Seminário da Redeestrado - Regulação Educacional e Trabalho Docente*, 06 e 07 de novembro de 2006. Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
- 371.** Maués, O.C. (2009). A Educação Superior e Trabalho Docente. *Seminário Internacional de Educação Superior da Comunidade de Países de Língua Portuguesa*. Porto Alegre.
- 372.** Medeiros, V. e Neto, G. (2012). Considerações teórico-conceituais sobre o estatuto do inconsciente no caso das manifestações psicossomáticas. In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 373.** Meier, D., Isaacs, S. e Hughes, R. (Org.s). (2010). *Palliative Care. Transforming the Care of Serious Illness*. Series on Health Policy. Princeton, New Jersey: Copyright.

- 374.** Meira, L. (2004). *Capacidade para o Trabalho, Factores de Risco para as Doenças Cardiovasculares e Condições Laborativas de Trabalhadores de uma Indústria Metal-Mecânica de Curitiba/Pr.* Curitiba. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, 133 p.
- 375.** Melo, A.M. (2013). «Trabalho, Sofrimento e Dignidade Humana: tópicos para uma reflexão a partir de fontes da Antiguidade Clássica». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações.* Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 383-398.
- 376.** Melo, H. (2010). *Biossegurança e a Saúde do Trabalhador na Assistência a Pacientes em Tratamento Onco-Hematológico.* Natal. Trabalho de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande Norte, 35 p.
- 377.** Menezes, A. (2014). O Professor entre a luta e o luto – da paideia ao pandemónio: um estudo de caso sobre a precarização e o sofrimento psíquico do docente em uma instituição de ensino superior privada em Salvador. Salvador. Tese de Doutorado em Educação. Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, 212 p.
- 378.** Mendes, A.M. (2007a). «Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho». In: Mendes, A.M. (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 29-48.
- 379.** Mendes, A.M. (2007b). Novas formas de organização do trabalho, Ação dos trabalhadores e patologias sociais. In: Mendes, A.M. (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 49-61.
- 380.** Mendes, A.M. (2013). A clínica da cooperação: contribuições da psicodinâmica do trabalho para as práticas de promoção da saúde nas organizações. In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações.* Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 722-729.

- 381.** Mendes, A. M., Ferreira, M. C. e Cruz, R. M. (2007). «O Diálogo Psicodinâmica Ergonomia e Psicometria». In: Mendes, A. M. (org). *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do psicólogo, 368 p.
- 382.** Mendes, A. M. e Tamayo, A. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Psico-USF*. 6(1), 39-46.
- 383.** Mendes, C. (2011). *As Escolas Comunitárias de Luanda: um contributo para o desenvolvimento sustentável da escolarização em Angola*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Administração e Organização Educacional. Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, 387 p.
- 384.** Mendes, F. (1996). A saúde e a doença dos professores universitários. *Sociologia Problemas e Práticas*. Centro de Investigação e estudos de Sociologia, departamento de Sociologia – ISCTE. (19), 165-178.
- 385.** Mendes, L., Chaves, C. e Santos, M. (2007). Da arte do ofício: vivências de sofrimento e significado do trabalho de professor universitário. *Revista Mal-estar e Subjetividade*. 7(2), 527-556.
- 386.** Mendes, M.C. (2013a). *Avaliação da Qualidade e Educação Superior em Angola: o caso da Universidade Agostinho Neto*. Braga. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, especialidade de Organização e Administração Escolar – Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, 561 p.
- 387.** Mendes, M.C. (2013b). Emergência da Avaliação Institucional no Ensino Superior em Angola: processos e práticas na Universidade Agostinho Neto. *3ª Conferência do Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa: Política e Gestão da educação Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 4, 5 e 6 de dezembro de 2013.
- 388.** Mendes, M.C. (2016). Sistema de avaliação e de garantia da qualidade do ensino superior em Angola: um dispositivo em construção. *Revista FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Bi-Anual. 3(1), 11-36.

- 389.** Mendes, M.C. e Silva, E.A. (2011a). Avaliação da Qualidade e Qualidade da Avaliação na Universidade Agostinho Neto (Angola). *XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (Des)Igualdades*. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – PAF I e II Campus de Ondina, Salvador, 7 a 10 de agosto de 2011.
- 390.** Mendes, M.L. (2006). Condições de Trabalho e Saúde Docente. In: *Anais do VI Seminário da Redestrado - Regulação Educacional e Trabalho Docente*, 06 e 07 de novembro de 2006. Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).
- 391.** Mendonça, F. (2001). Geografia Socioambiental. *Terra Livre*. (16), 139-158.
- 392.** Mendonça, H. e Mendes, A.M. (2005). Experiência de injustiça, sofrimento e retaliação no contexto de uma organização pública do estado de Goiás. *Psicologia em Estudo*. 10(3), 489-498.
- 393.** Merlo, A. (2002). «Psicodinâmica do Trabalho». In: Jacques, M.G., Codo, W. (Orgs). *Saúde Mental & Trabalho. Leituras*. Petrópolis: WEditora Vozes, 130-142.
- 394.** Merlo, A. e Lapis, N. (2007). A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da Psicodinâmica do Trabalho e da Sociologia do Trabalho. *Psicologia & Sociedade*. 19(1), 61-68.
- 395.** Metzner, R.J. e Fisher, F.M. (2001). Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Revista Saúde Pública*. 35(6), 548-53.
- 396.** Mexia, M.R. (2010). *A Informalidade no Mercado Formal Luandense: estratégias empresariais de adaptação à modernidade e suas makas*. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa, 111 p.
- 397.** M.A.P.E.S.S. (2013). Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social. *Relatório Anual de Actividades 2012. Inspeção Geral do Trabalho*. Luanda.
- 398.** M.E.S.C.T. (2006). Ministério do Ensino Superior da Ciência e Tecnologia. *O Relatório da OCDE: A avaliação do sistema de ensino superior em Portugal*. Lisboa.

- 399.** M.E.D. (2005). Ministério da Educação da Republica de Angola. *Estratégia de Alfabetização e Recuperação do Atraso Escolar, 2006-2015*. “Angola Alfabetizada, Angola Desenvolvida”. Todos pela Alfabetização, Alfabetização para Todos”. Luanda.
- 400.** M.E.D. (2008). Ministério da Educação da Republica de Angola. *Evolução da Educação e Ensino em Angola 2002-2008*. Luanda.
- 401.** M.E.D. (2014). Ministério da Educação da Republica de Angola. *Relatório de Monitorização Sobre Educação para Todos*. Exame Nacional 2015 da Educação para Todos: Angola. Luanda. Novembro 2014.
- 402.** M.E.D./A.D.P.P. (2006). Ministério da Educação da Republica de Angola e Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo – Angola. *Plano de Expansão 10 Novas Escolas de Professores do Futuro*. Luanda. Angola.
- 403.** M.E.D./C.A.A.R.E. (2010). Ministério da Educação da Republica de Angola e Comissão de Acompanhamento das Acções da Reforma Educativa *Relatório da fase de experimentação do Ensino Primário e do 1º Ciclo do Ensino Secundário*. Luanda, setembro de 2010.
- 404.** Milanesi, K., Collet, N., Viera, C.S., Oliveira, B.R. (s/d). «Sofrimento Psíquico em Dejours». In: *Seminário Nacional. Estado e Políticas Sociais no Brasil*. Cascavel – PR., 1-8.
- 405.** M.I.N.E.A. (2015). Ministério da Energia e Águas da República de Angola. *Boletim Sectorial 2015*. Período de 2013 -2014. Luanda, Nº 2, 22 de março de 2015.
- 406.** M.I.N.F.A.M.U. (2013). Ministério da Família e Promoção da Mulher. *Relatório de Balanço de Execução do Plano Nacional – 2013*.
- 407.** M.I.N.J.U.D. (2005). Ministério da Juventude e Desportos da República de Angola. *Plano Executivo de Apoio à Juventude para o biénio 2005-2006*. Conselho de Ministros. Resolução Nº29/05 de 27 de julho. Luanda.

- 408.** M.I.N.P.L.A.N. (2003). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Angola. Objectivos do Desenvolvimento do Milénio. Relatório de Progresso MDG/NEPAD Angola 2003.* Agência das Nações Unidas. Luanda.
- 409.** M.I.N.P.L.A.N. (2005). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Estratégia de Combate à Pobreza (E.C.P.). Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica.* Edição Revista. Governo de Unidade e Reconciliação Nacional. República de Angola. Direção de Estudos e Planeamento. Luanda.
- 410.** M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D. (2005). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Angola. Objectivos do Desenvolvimento do Milénio 2005.* Governo de Angola em conjunto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (P.N.U.D.). Luanda. Setembro 2005.
- 411.** M.I.N.P.L.A.N./P.N.U.D. (2010). *Objectivos do Desenvolvimento do Milénio Angola. Relatório 2010.* Governo de Angola em conjunto com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (P.N.U.D.). Luanda. 2 de julho 2010.
- 412.** M.I.N.P.L.A.N. (2010). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Relatório sobre Objectivos do Desenvolvimento do Milénio.* Luanda. Setembro 2010.
- 413.** M.I.N.P.L.A.N. (2012). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017.* (P.N.D. 2013-2017) dezembro de 2012. República de Angola.
- 414.** M.I.N.P.L.A.N. (2013). Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial. *Relatório Preliminar da Consulta com o Sector Governo sobre a Visão do Governo de Angola para o Desenvolvimento pós-2015.* Contribuição para o processo de Consulta Nacional do UNDG - United Nations Development Group para a agenda de desenvolvimento pós-2015, 20 de fevereiro 2013. República de Angola.
- 415.** M.I.N.S.A. (1986). Ministério da Saúde da República de Angola. *Saúde como Direito: Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial. VIII*

Conferência Nacional da Saúde (CNS). Relatório Final. Brasília, 17 a 21 de março de 1986, 29 p.

- 416.** M.I.N.S.A. (2006). Ministério da Saúde da República de Angola. *Saúde, Trabalho e Democracia: a participação dos trabalhadores de saúde nos conselhos*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 72 p.
- 417.** M.I.N.S.A. (2008). Ministério da Saúde da República de Angola. *Missão para os cuidados de saúde primários*. Agrupamento de Centros de Saúde (ACES): Unidade de Saúde Pública.
- 418.** M.I.N.S.A. (1999). Ministério da Saúde da República de Angola. Republic of Angola. Ministry of Health. National Office Of Public Health. *Strategic Plan For the National Program in the Figh Against Aids. 1999-2002*. Luanda.
- 419.** M.I.N.S.A. (2009). Ministério da Saúde da República de Angola. *Plano Estratégico de Cooperação em Saúde 2009-2012*. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). 15 de maio de 2009, Estoril. Portugal.
- 420.** M.I.N.S.A. (2010). Ministério da Saúde da República de Angola. *Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitária (S.I.S.)*. Versão final. G.E.P.E. - Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística. Março de 2010. Apoio da Organização Mundial de Saúde e da União Europeia. (O.M.S./E.U.).
- 421.** M.I.N.S.A. (2013). Ministério da Saúde da República de Angola. *Relatório anual de actividades desenvolvidas pelo MINSA em 2013*. Luanda.
- 422.** Miranda, E. e Stancato, K. (2008). Riscos à Saúde de Equipe de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Proposta de Abordagem Integral da Saúde. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 20(1), 68-76.
- 423.** Miranda, F.S. (2008). O papel do docente-educador na sociedade angolana. In: Silva, E.A. e Bondo, P.F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências*

- da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIEd). Braga, Portugal e EDUAN – Editora da Universidade Agostinho Neto. Luanda, Angola. 28 a 30 de maio de 2008, 267-269.
- 424.** Molinier, P. (2009). Autre chose qu'un désir de peau... Le Nègre, la Blanche et le Blanc dans deux romans de Dany Laferrière in (Dorlin ed) *Sexe, Race, classe. Pour une épistémologie de la domination*. Paris: Puf, 231-254.
- 425.** Molinier, P. (2010). Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. (10), 99-110.
- 426.** Mooney, K. (S/D). Exploring Paulo Freire's Empowerment Education Model. *Boston University School of Public Health*.
- 427.** Moore, S. (2002). *Sociologia*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- 428.** Morales, Ó., Martins, F. e Costa, M. (2008). Formação e trabalho docente. O caso do ISCED do Huambo. In: Silva, E.A. e Bondo, P.F. (Org.s). (2008). Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIEd). Braga, Portugal e EDUAN – Editora da Universidade Agostinho Neto. Luanda, Angola. 28 a 30 de maio de 2008, 55-59.
- 429.** Moreira, E. e Farias, M. (2009). Trabalho, Educação e Prática docente. In: Silva, *et al.* (Org.s) *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências sociais e educação: formação e aprendizagens. Campus Gualtar, Braga: Universidade do Minho. 4 a 7 de fevereiro de 2009.
- 430.** Montanholi, L., Tavares, D., Oliveira, G. (2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, 59(5), 661-665.

431. Moroco, J. e Bispo, R. (2003). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas*. Manuais universitários 27. Lisboa: Climepsi Editores.
432. Morrone, C. (2011). “*Só para não ficar desempregado*” – *Resignificando o sofrimento psíquico no trabalho. Estudo com trabalhadores em atividades informais*. Brasília. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 141 p.
433. Morrone, C. e Mendes, A. (2003). A resignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. *rPOT*. 3(2), 91-118.
434. Muzima, J. e Mazivila, D. (2014). *Perspetivas Económicas em África. Angola 2014*. Relatório conjunto AfDB, OECD, UNDP.
435. Nadú, A., Torres, L. e Simão, A. (2014). *Trabalho e empoderamento feminino: percepções de usuárias do programa bolsa família*. Projeto de pesquisa financiado pelo Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PROBIC), da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Minas Gerais, Brasil.
436. Nahas, M. (1997). Atividade física como fator de qualidade de vida. *Revista Artus*. 13(1), 21-27.
437. Nascimento, L., Guedes, M. e Silva, M. (2010). Conferências Internacionais de Saúde e a Promoção da Saúde no Brasil. *Estudos*. Goiânia. 37(1/2), 11-26.
438. Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion*. (16), 5-16.
439. Neto, A.P. (2014). Comunicação da Secretária de Estado para a Família e Promoção da Mulher, na *III Reunião ordinária de Ministros responsáveis pela Igualdade de Género e Empoderamento da Mulher da CPLP*, sob o tema Os Desafios na Prevenção e Eliminação da Violência Baseada no Género.
440. Neto, T. (2014). *História da Educação e Cultura de Angola. Grupos Nativos, Colonização e a Independência*. 3ª Ed. Luanda: Zaina Editores.

441. Neubarth, F. (2004). Dor, Quinto Sinal Vital. *Revista Brasileira de Reumatologia*. 44(1), 71-74.
442. Neves, C. (2007). Desafios da educação superior. *Sociologias*. 9 (17), 14-21.
443. Neves, L. (2007). As igrejas e o nacionalismo em Angola. *Revista Lusófono de Ciências das Religiões*. 13(14), 511-526.
444. Neves, M. (2013). Anotações sobre Trabalho e Gênero. *Cadernos de Pesquisa*. 43(149), 404-421.
445. Neves, T. (2007). Angola, A Paz e os Direitos Humanos nas mensagens da Igreja Católica (1989 – 1994). *RES – PUBLICA. Revista Lusófona de Ciência Política e Relações Internacionais*. (5/6), 179-194.
446. Nogueira, A. e Oliveira, M. (2015). Mercantilização e relações de trabalho no ensino superior brasileiro. *Revista de Ciências Administrativas*. 21(2), 335-364.
447. Nogueira, H. (2008a). *Os lugares e a saúde*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
448. Nogueira, H. (2008b). Vulnerabilidades do ambiente local – impactes no estado de saúde autoavaliado da população residente na Área Metropolitana de Lisboa. *Revista de Estudos Demográficos*. (43), 5-18.
449. Nogueira, H. e Remoaldo, P. (2010). *Olhares Geográficos sobre a Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
450. Nsingui-Barros, P.M. (2008). «Alguns aspectos constatados no ensino superior em Angola e a convivência do Estado». In: Silva, E.A. e Bondo, P.F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIEed). Braga, Portugal e EDUAN – Editora da Universidade Agostinho Neto. Luanda, Angola, 181-184.

- 451.** Nunes, L. (2000). O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico. *IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra, 14p.
- 452.** Nunes, L. (1999). O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida. Lisboa. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 103 p.
- 453.** Nunes, N. (2013). *Desigualdades sociais e prática de ação coletiva na Europa*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- 454.** Nunes, N. (2014). *Problemas Científicos no estudo da ação coletiva contemporânea*. CIES – IUL. Centro de Investigação e Estudos Sociológicos. Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa.
- 455.** Nunes, N. (2015). *Desigualdades de género, trabalho e ação coletiva na Europa*. CIES – IUL. Centro de Investigação e Estudos Sociológicos. Lisboa. Instituto Universitário de Lisboa.
- 456.** Nutbeam, D. (1998). Evaluation health promotion – progress, problems and solutions. *Health Promotion International*. 13(1), 27-44.
- 457.** Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 15(3), 259-267.
- 458.** Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *International Journal of Public Health*. (54), 303-305.
- 459.** Nascimento, L. e Kreling, M. (2011). Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 24(1), 50-54.

- 460.** Nzatuzola, J. (2011). Crescimento da População em Angola: “Um olhar sobre a situação e dinâmica populacional da cidade de Luanda”. *Revista de Estudos Demográficos* (49), 53-67.
- 461.** Odebrecht, C. (2003). Indicadores de envelhecimento e trabalho humano. *XIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP)* – Ouro Preto, MG, Brasil, 21 a 24 de outubro de 2003.
- 462.** O.I.T. (1981). Organização Internacional do Trabalho. *Emploi et conditions de travail des enseignants*. Genève: Bureau International de Travail.
- 463.** O.I.T. (2007). Organização Internacional do Trabalho. *O ABC dos direitos das mulheres trabalhadoras e da igualdade de género*. 2ª Ed. Impressa em Portugal.
- 464.** O.I.T. (2010a). Organização Internacional do Trabalho. *O perfil dos trabalhadores e trabalhadoras na economia informal*. Escritórios da O.I.T. Brasil. 1ªEd. Revisão de Eugenia Troncoso Leone. Documento de Trabalho nº 3. Série Trabalho Decente no Brasil. Brasília.
- 465.** O.I.T. (2010b). Organização Internacional do Trabalho. *Diagnóstico da situação da Inspeção do Trabalho em Angola tendo em vista uma programação de actividades*. Norwegian project “Strengthening Labour Inspection Services” (INT/09/62/NOR), Genebra, 40 p.
- 466.** O.I.T. (2011). Organização Internacional do Trabalho. *XIX World Congress on Safety and Health at Work: Istanbul, Turquia*. Introductory report: global trends and challenges on occupational safety and health: International Labour Office, Geneva.
- 467.** O.I.T. (2014). Organização Internacional do Trabalho. *Transição da economia informal para a economia formal*. Conferência Internacional do Trabalho. 103ª Sessão. Bureau Internacional do Trabalho. Genebra.
- 468.** Oliveira, A. e André, S. (2010). Enfermagem em Saúde Ocupacional. *Millenium*. (41), 115-122.

- 469.** Oliveira, C. (1999). *A Educação como Processo Auto-Organizativo. Fundamentos Teóricos para uma Educação Permanente e Comunitária*. Lisboa: Horizontes Pedagógicos. Instituto Piaget.
- 470.** Oliveira, C. (2000). *Holismo: Aprender e Educar*. Diversidade e Diferença. Porto. Faculdade de Letras. Universidade do Porto, 287-292.
- 471.** Oliveira, C. (2002). Perspectivas Holistas na Educação para a Saúde. *Revista galego-portuguesa de Psicología e Educación*. 6(8), 39-47.
- 472.** Oliveira, C. (2004). *Auto-organização, Educação e Saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.
- 473.** Oliveira, C. (2006). A importância do Sofrimento na Educação para a Saúde. *Pessoas e Sintomas*. (1), 22-28.
- 474.** Oliveira, C. (2007). Contributos educativos e comunitários do movimento epistemológico da auto-organização: um método auto-organizativo na formação de educadores de adultos. *Revista Educação*. 1(61), 165-180.
- 475.** Oliveira, C. (2008). A Medicina é uma Ciência? Uma Interrogação Filosófica. *Pessoas e Sintomas*. (3), 26-32.
- 476.** Oliveira, C. (2009). Humanidades na Formação Médica: Realidade ou Farsa? *Reflexão e Acção*. 17(2), 225-242.
- 477.** Oliveira, C. (2010). Da Cibernética à Autopoiesis: continuidades e discontinuidades. *Revista Informática na Educação: teoria & prática*. 12(2), 23-34.
- 478.** Oliveira, C. (2012a). Educar para a saúde, e não só para a doença: a urgência de uma mudança paradigmática. *Revista AICA*. (3), 6-12.
- 479.** Oliveira, C. (2012b). Recensão crítica de Elder Paisios (2011). With Pain and Love for contemporary man. Vasilika, Thessaloniki. *Holy monastery 'Evangelist John the Theologian'*. *Diacrítica*. 3 (26), s.p.

- 480.** Oliveira, C. (2013a). Educação para a Saúde versus Promoção da Saúde: mudança conceptual inocente? In: Remoaldo, P. e Nogueira, H. (org.s), *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*. Lisboa: Edições Colibri, 47-73.
- 481.** Oliveira, C. (2013b). O movimento da auto-organização e seus contributos para a educação. *Reflexão e Ação*. 21 (2), 335-350.
- 482.** Oliveira, C. (2014a). Suffering and salutogenesis. *Health Promotion International*. (30), 222-227.
- 483.** Oliveira, C. (2014b). Recensão de Vivre le deuil au jour le jour. Christophe Fauré, Paris, Albin Michel, *Diacrítica*. 28(2), 353-355.
- 484.** Oliveira, C. e Barbosa, F. (2013). «Sofrimento e Lazer nas Organizações». In: Lobo, F. (org.). Trabalho, Riscos Psicossociais e Saúde: Conceptualização, Diagnostico e Intervenção. *Livro de Atas de I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*, 542-553.
- 485.** Oliveira, C. e Feio, A. (2014). A formação académica em Medicina. *Ação Médica*. 78(1), 11-27.
- 486.** Oliveira, C. e Gomes, A. (2014). Formação de cuidadores comunitários de saúde na universidade. *Saúde e Sociedade*. 23(3), 1103-1114.
- 487.** Oliveira, C. e Lima, L. (2014). Epistemologia da Auto-Organização na Educação Não Formal Permanente em Comunidades. *Revista Textos e Contextos*. 13(1), 170-183.
- 488.** Oliveira, C. (S/D). *Uma Perspectiva Salutogénica das Doenças Crónicas – Educação para a Saúde e Educação médica – Ao Professor Pinto Machado*. Em Silêncio. CIED: Universidade do Minho. 1-20.
- 489.** Oliveira, C., Pellanda, N., Boettcher, D. e Reis, A. (2012). *Aprendizagem e Sofrimento: Narrativas*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

- 490.** Oliveira, J. e Amândio, L. (2010). Liberdades Condicionais. O conceito de papel sexual revisitado. *Sociologia, Problemas e Práticas*. (40), 45-61.
- 491.** Oliveira, L. (2006). *Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT*. Salvador. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Baía, 453 p.
- 492.** Oliveira, N. T. (2003). Somatização e sofrimento no trabalho. *Revista Virtual Textos & Contextos*. 2(2), 1-14.
- 493.** Oliveira, P. e Moreira, A. (2006). Sofrimento psíquico e trabalho hospitalar. *Pulsional Revista de Psicanálise*. XIX (185), 52-65.
- 494.** Oliveira, R. (2001). A contribuição da Psicopatologia do Trabalho e da Ergonomia no Processo Saúde-Doença. In: *A abordagem das Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho-LER/DORT no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo-CRST/ES*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, 143 p.
- 495.** Oliveira, R.S. (2015). *Magnífica e Miserável. Angola desde a Guerra Civil*. Traduzido do Inglês de Susana Sousa e Silva. Lisboa: Tinta-da-China.
- 496.** Oliveira, S. (1997). A qualidade da qualidade: uma perspectiva em saúde do trabalhador. *Caderno de Saúde Pública*. 13(4), 625-634.
- 497.** Oliveira, S. (2012a). Olhar a pobreza em Angola: causas, consequências e estratégias para a sua erradicação. *Ciências Sociais Unisinos*. 48(1), 29-40.
- 498.** Oliveira, S. (2012b). Modos de vida da pobreza em Angola. *Revista Angolana de Sociologia*. (9), 125-134.
- 499.** O.M.S. (1978). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Alma Ata. Primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde*, Genéve, OMS.

- 500.** O.M.S. (1986). Organização Mundial de Saúde. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève, OMS.
- 501.** O.M.S. (1988). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis. Segunda conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève, OMS.
- 502.** O.M.S. (1991). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde. Terceira conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève, OMS.
- 503.** O.M.S. (1994). Organização Mundial de Saúde. *Declaração sobre saúde ocupacional para todos*. Aprovado na Segunda Conferência dos Centros Colaboradores da OMS em Saúde Ocupacional. Pequim, China, 11 a 14 de outubro de 1994.
- 504.** O.M.S. (1997). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI. Quarta conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève.
- 505.** O.M.S. (2000). Organização Mundial de Saúde. *Declaração do México sobre promoção da saúde rumo a maior equidade. Quinta conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève.
- 506.** O.M.S. (2001). Organização Mundial de Saúde. Regional Office for Europe. *The role of the occupational health nurse in workplace health management*. Copenhaga.
- 507.** O.M.S. (2005). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Banguedoque sobre promoção da saúde num mundo globalizado. Sexta conferência internacional sobre promoção da saúde*, Genève.
- 508.** O.M.S. (2008). Organização Mundial de Saúde. *Eliminação da Mutilação Genital Feminina*. Declaração Conjunta: OHCHR, ONUSIDA, PNUD, UNECA, UNESCO,

UNFPA, ACNUR, UNICEF, UNIFEM, OMS. Lisboa: APF (edição em português) publicada com o apoio do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD).

- 509.** O.M.S. (2009a). Organização Mundial de Saúde. *The Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*, Genébra, OMS.
- 510.** O.M.S. (2009c). Organização Mundial de Saúde. Boletim informativo da 7ª Conferência Global sobre a Promoção da Saúde - Nairobi 2009, N° 01 - 27 de outubro de 2009.
- 511.** O.M.S. (2010a). Organização Mundial de Saúde. *Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar*. Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em Todas as Políticas, Adelaide 2010.
- 512.** O.M.S. (2010b). Organização Mundial de Saúde. *Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015*. Informe de la Secretaría. CONSEJO EJECUTIVO EB128/10 128.ª reunión 23 de diciembre de 2010 Punto 4.7 del orden del día provisional.
- 513.** O.M.S. (2010c). Organização Mundial da Saúde. *Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais*. /OMS. Tradução do Serviço Social da Indústria, Brasília: SESI/DN.
- 514.** O.M.S. (2010d). Organização Mundial de Saúde. *Cinco Chaves Para Ambientes de Trabalho Saudáveis: Não Há Riqueza nos Negócios Sem a Saúde dos Trabalhadores*. Organização Mundial de Saúde, 2 p.
- 515.** O.M.S. (2011). Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde. Documento de discussão. Todos pela Equidade. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, Brasil, 19 a 21 de outubro.
- 516.** O.M.S./B.M. (2011). *Relatório Mundial Sobre Deficiência*. Produção conjunta da Organização Mundial de Saúde e Banco Mundial. São Paulo: Secretaria dos Direitos da Pessoas com Deficiência.

- 517.** O.M.S./O.N.U.S.I.D.A. (2015). *Presentación de informes sobre los avances en la respuesta mundial al SIDA 2015*. Directrices 2015. ONUSIDA. OMS. Ginebra.
- 518.** O.M.S./O.P.A.S. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Tradução do Escritório Central da Oficina Panamericana de Saúde, e revisão técnica da mesma pela Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde do Brasil.
- 519.** O.N.U. (1995). Organização das Nações Unidas. *Cimeira Mundial sobre o Desenvolvimento Social*. Copenhaga. 6 a 12 de março de 1995.
- 520.** O.N.U. (2000). Organização das Nações Unidas. *Declaração do Milênio das Nações Unidas*. Aprovado na Cimeira do Milênio – realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova Iorque. Resolução A/RES/55/2 8 de setembro de 2000.
- 521.** O.N.U. (2004). Organização das Nações Unidas. *Tirando os acordos do papel: um manual para jovens avaliarem a política nacional de juventude*. Departamento de Assuntos Económicos e Sociais, 50-53.
- 522.** O.N.U. (2013). Conferência das Nações Unidas sobre Comércio e Desenvolvimento (UNCTAD). *Quem se beneficia com a Liberalização do Comércio em Angola? Uma perspectiva de género*. Publicação das Nações Unidas.
- 523.** O.N.U.S.I.D.A. (2015). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el V.I.H./S.I.D.A. (O.N.U.S.I.D.A.). 2030 Acabar con la epidemia de sida. *Tercera Conferencia Internacional de las Naciones Unidas no Hospital Zewditu de Addis Abeba (Etiopía)*, el 14 de Julio de 2015.
- 524.** Ordem dos Médicos de Angola. (2014). O compromisso dos Médicos no Âmbito do Sistema Nacional de Saúde: um Imperativo Ético, Constitucional e Social. *IX Congresso Internacional dos Médicos em Angola*. Centro de Convenções de Talatona, Luanda dias 24 e 25 de janeiro de 2014.

- 525.** Pachane, G e Pereira, E. (2004). A importância da formação didático-pedagógica e a construção de um novo perfil para docentes universitários. *Revista Iberoamericana de Educación*. 33 (4), 1- 13.
- 526.** Patatas, T.A. (2016). As competências do professor na história do ensino superior Angolano. *Revista FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Bi-Anual. 3(1), 131-146.
- 527.** Paxe, A. (2009). *Dinâmicas de resiliência social nos discursos e práticas tokoístas no Icolo e Bengo*. Lisboa: ISCTE. Dissertação de Mestrado em Estudos Africanos – Desenvolvimento Social e Económico em África: Análise e Gestão. Departamento de Sociologia. Instituto Universitário de Lisboa. 85 p.
- 528.** Paula, A., Oliveira, X., Guimarães, J. e Vilas-Boas, A. (2013). «Reflexões sobre os factores psicossociais envolvidos no processo de afastamento do trabalho – análise de um contexto brasileiro». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. 12 a 13 de julho de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 232-249.
- 529.** Pauli, H. e White, K. (s/d). Scientific Thinking, Medical Thinking and a Medical Education: Questions derived from their Evolution in the 20th Century. *Round table Discussion*, 32 p.
- 530.** Pedro. M.C. (2015). «As condições de trabalho na escola pública angolana: o conteúdo dos textos normativos e a realidade concreta das escolas». In: Sá, V., Torres, L., Silva, G. e Silva, D. (Org.s). (2015). *II Colóquio Internacional de Ciências Sociais da Educação. O Governo das Escolas: Atores, políticas e Práticas*. Universidade do Minho. Instituto de Educação. Departamento de Ciências Sociais da Educação, 304-316.
- 531.** Pedroso, M.N. (2007). A Formação do Novo Trabalhador Frente à Reestruturação do Trabalho e da Produção. *Revista Sociedade em Debate*. 13(1), 121-137.
- 532.** Pedroso, R. e Celich, K. (2006). Dor: Quinto Sinal Vital, Um Desafio para o Cuidar em Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 15(2), 270-276.

- 533.** Pejtersen, J. e Kristensen, T. (2009). The development of the psychosocial work environment in Denmark from 1997 to 2005. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 35(4), 284-293.
- 534.** Peluso, M.L. (2003). O potencial das representações sociais para a compreensão interdisciplinar da realidade: Geografia e Psicologia Ambiental. *Estudos de Psicologia*. 8(2), 321-327.
- 535.** Pena, L. (2008). *Auto-organização e Psicoterapia*. Braga. Tese não publicada. Braga. Dissertação de Mestrado em Ciências Cognitivas. Universidade Católica Portuguesa, 107 p.
- 536.** Pena, L. e Oliveira, C. (2012). Auto-organização e psicoterapia. *Revista saúde e sociedade*. 21(3), 668-674.
- 537.** Pena, L. e Oliveira, C. (2015). Psicoterapia de Vittorio Guidano e suas influências epistemológicas. *Revista de Psicologia Clínica*. 27(1), 245-265.
- 538.** Pena, L. (2016). *Auto-Organização e Psicoterapia: Modelo Cognitivo Pós-racionalista*. Sílabas & Desafios, Unipessoal Lda.
- 539.** Pereira, A. (1999). *Guia Prático de Utilização do SPSS*. Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia. 2ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- 540.** Pereira, A. (2011). *Análise de Conteúdo de uma Entrevista Semi-Estruturada*. Documento disponibilizado para a disciplina de Metodologia de Investigação em Contextos Online, 11 p.
- 541.** Pereira, A. (2005). *Desenvolvimento de políticas públicas para a inserção da mulher angolana no mercado de trabalho*. Conselho para o Desenvolvimento da Pesquisa em Ciências Sociais em África. CODESRIA. 11ª Assembleia-Geral: Repensando o desenvolvimento Africano: Além do Impasse, Rumo às Alternativas.

542. Pereira, A.M., Castelo-Branco, M.C., Silva, C., Latino, M.L (2002). Saúde e a capacidade para o trabalho na docência. *IV Congresso Nacional de Saúde Ocupacional*, 29 a 31 de outubro, Póvoa do Varzim, 159-167.
543. Pereira, D.A. (2010). Condições de Trabalho e Efeitos sobre a Saúde dos Professores da Rede Municipal de Ensino de João Pessoa. PB. *XXX Encontro Nacional De Engenharia De Produção*. Maturidade e desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente. São Carlos, SP Brasil, 11 p.
544. Pereira, L.N. (2008). *Os Bakongo de Angola: religião, política e parentesco num bairro de Luanda*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Sociais, 183 p.
545. Pereira, P.A. (2006). Políticas Públicas e Necessidades Humanas com Enfoque no Gênero. *Sociedade em Debate*. 12(1), 67-86.
546. Pereira, T. (2013). A dinâmica prazer e sofrimento no trabalho: estudo de caso com docentes de uma instituição de ensino superior privada de Belo Horizonte. Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado em Administração. Faculdade Novos Horizontes, 114 p.
547. Perrelli, M. (S/d). Resenha do livro de Helena Hirata (2002). *Nova divisão sexual do trabalho? Um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Bontempo.
548. Perrin, K., Sheehan, C., Potter, M. e Kazanowski, M. (2012). *Palliative Care Nursing: Caring for Suffering patients*. Copyright. U.S.A.: Jones & Bartlett Learning, LLC. Ebook., 349 p.
549. Perez, K.V. (2012). “Se eu tirar o trabalho, sobra um cantinho que a gente foi deixando ali”: *Clínica da Psicodinâmica do Trabalho na atividade de docentes no ensino superior privado*. Porto Alegre. Trabalho de pós-graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do rio Grande do Sul, 251 p.

- 550.** Pestana, M. e Gageiro, J. (1998/2014). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS. 6ªEd. Revista, atualizada e aumentada.* Lisboa: Edições Sílabo.
- 551.** Pessini, L. (2002). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista de Bioética.* 10(2), 51-72.
- 552.** Piedade, S. (2008). *Mutilação Genital Feminina em Portugal.* Lisboa. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 68 p.
- 553.** Picado, L. (2009). Ser Professor: do mal-estar para o bem-estar docente. *O Portal dos Psicólogos,* 1-32.
- 554.** Pimenta, J. R., Sarmiento, J. e Azevedo, A. F. (coord.s). (2007). *Geografias Pós-coloniais: ensaios de geografia cultural.* Porto. Figueirinhas
- 555.** Pimenta, S., Anastasiou, L. e Cavallet, V. (2003). «Docência no ensino superior: construindo caminhos». In: Barbosa, R.L. (Org.). (2003). *Formação de educadores. Desafios e perspectivas.* São Paulo: UNESP Editora, 267-278.
- 556.** Pinnelli, A. (2004). (Org.). *Gênero nos Estudos de População.* Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP). Campinas. *Demographicas* (2), 222.
- 557.** Piolli, E. (2010). *Identidade e Trabalho do Diretor de Escola: reconhecimento e sofrimento.* Campinas. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 220 p.
- 558.** Pithers, R.T. e Fogarty, G.J. (1995). Symposium on teacher stress: Occupational stress among vocational teachers. *British Journal of Educational Psychology.* (65), 3-14.
- 559.** P.N.D.S. (2012). *Plano Nacional Desenvolvimento Sanitário. (2012-2025): Mais e Melhor Saúde.* Vol. 2. agosto 2012. M.I.N.S.A. Ministério da Saúde da República de Angola.

- 560.** P.N.U.D. (2003). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2003. Objectivos de Desenvolvimento do Milénio: um pacto entre nações para eliminar a pobreza humana*. Tradução e publicação da Edição Portuguesa com o apoio do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD). Queluz.
- 561.** P.N.U.D. (2005). *En Route to Equality: a gender review of National MDG Reports 2005*. Bureau for Development Policy.
- 562.** P.N.U.D. (2005). *Cooperação Internacional numa Encruzilhada: Ajuda. Comércio e Segurança num Mundo Desigual*. Tradução e publicação da Edição Portuguesa com o apoio do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (I.P.A.D.). Lisboa: Ana Paula Faria Editora, Unipessoal.
- 563.** P.N.U.D. (2009). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2009. Ultrapassar Barreiras: Mobilidade e Desenvolvimento Humanos*. Tradução e publicação da Edição Portuguesa com o apoio do Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD). Coimbra: Edições Almedina.
- 564.** P.N.U.D. (2012). *Africa Human Development Report 2012. Towards a Food Secure Future*. Empowered lives. Resiliente Nations, New York.
- 565.** P.N.U.D. (2013). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2013. A Ascensão do Sul: Progresso Humano num Mundo Diversificado*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Tradução de Camões Instituto da Cooperação e da Língua. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- 566.** P.N.U.D. (2014). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Tradução de Camões Instituto da Cooperação e da Língua. Portugal. Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- 567.** P.N.U.D. (2015a). *Síntese Relatório do Desenvolvimento Humano 2015. O trabalho como motor do desenvolvimento humano*. Publicado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

- 568.** P.N.U.D. (2015b). *Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília, 250 p.
- 569.** Porr, C., Drummond, J., Richter, S. (2006). Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Fam. Community Health*. 29(4), 328-335.
- 570.** Porto, L., Reis, I., Andrade, J., Nascimento, C., Carvalho, F. (2004). Doenças Ocupacionais em Professores atendidos pelo Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 28(1), 33-49.
- 571.** P.R.B. (2015). *Population Reference Bureau. 2015 World Population Data Sheet with a special focus on women's empowerment*. Washington, 23 p.
- 572.** Precioso, J. (1992). Algumas estratégias de âmbito curricular e extra-curricular. Para promover educar para a prática de uma alimentação racional. *Revista Portuguesa de Educação*. Braga, 111-113.
- 573.** Prigogine, I. e Wiame, J. (1946). Biologie et Thermodynamique des Phénomènes Irréversibles. *Experientia*. (2), 451-453.
- 574.** Pureza, J., Simões, M., José, A. e Marcelino, C. (2007). *As novas operações de Paz das Nações Unidas. Os casos de Angola, Timor Leste e Moçambique*. CES -Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Coimbra. Oficina N° 290. Coimbra. 37 p.
- 575.** Putnam, R. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. *Journey of Democracy*. 6(1), 65-78.
- 576.** U.N.D.A.F. (2009). Quadro de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Quadro de Assistência das Nações Unidas em Angola. UNDAF 2009-2013*.

- 577.** Queza, J.A. (2010). *Sistema de Saúde em Angola: uma proposta à luz da reforma do Sistema Nacional de Saúde em Portugal*. Porto. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 85 p.
- 578.** Quivy, R. e Campenhout, L.C. (2003). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Tradução de João M. Marques, Maria A. Mendes e Maria Carvalho. Ver. Científica de Rui Santos. 3ª Ed. Lisboa: Gradiva.
- 579.** Raffone, A. e Hennington, E., (2005). Avaliação da Capacidade Funcional dos Trabalhadores de Enfermagem. *Revista de Saúde Pública*. 39(4), 669-76.
- 580.** Rahman, M. e Yamao, M. (S/D). Status of Social Captital and Community Empowerment: A study in the contexts of organic and conventional farming systems in Bangladesh. *Graduate School of Biosphere Science, Hiroshima University*.
- 581.** Rangel, F. e Godoi, C. (2009). Sintomas Psicossomáticos e a Organização do Trabalho. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. 11(33), 404-422.
- 582.** Reid, M. (2011). Behind the “Glasgow effect”. *Bull World Health Organ*. (89), 706-707.
- 583.** Reich, M.; Takemi, K.; Roberts, M.; Hsiao, W. (2008). *Global action on health systems: a proposal for the Toyako*. Viewpoint: The Lancet. 371(9615), 865-869.
- 584.** Reijneveld, S. (1998). The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *International Journal of Epidemiology*. 27(1), 33-40.
- 585.** Reis, E., Araújo, T., Carvalho, F., Barbalho, L. e Silva, M. (2006). Docência e exaustão emocional. *Revista de Educação & Sociedade*. 7(94), 229-253.
- 586.** Remoaldo, P. (2007). *Normas para a redacção de trabalhos práticos em Geografia Humana*. Série Educação 2007/12. Núcleo de Investigação em Geografia e Planeamento. Universidade do Minho. Campus de Azurém. Guimarães.

- 587.** Remoaldo, P. (2008). *Técnicas de investigação em Geografia Humana*. Série Educação 2008/16. Núcleo de Investigação em Geografia e Planeamento. Universidade do Minho. Geo-Working Papers. Campus de Azurém. Guimarães.
- 588.** Remoaldo, P. e Nogueira, H. (2012). *Desigualdades Socioterritoriais e Comportamentos em Saúde*. Lisboa: Edições Colibri.
- 589.** Remoaldo, P. (2016), *Perspetivas sociais e território*, Linha Editorial Educação, Guimarães, Departamento de Geografia da Universidade do Minho (em edição).
- 590.** Remoaldo, P., Alves, J., Silva, L. e Rodrigues, S. (2017). «Novas abordagens na Geografia da Saúde portuguesa». In: Martha Priscila B. Pereira e Sandra C. M. Magalhães (Org.). *Pesquisa em Geografia da Saúde: entre a teoria e a prática*. Editora Unimontes, Universidade de Montes Claros –Minas Gerais, 9-28.
- 591.** Resende, S. e Mendes, A.M. (2004). A sobrevivência como estratégia para suportar o sofrimento no trabalho bancário. *rPOT*. 4(1), 151-175.
- 592.** Riani, D.C. (2009). «O espaço do professor no cenário global». In: Silva, *et al.* (Org.s) *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências sociais e educação: formação e aprendizagens. Campus Gualtar, Braga: Universidade do Minho, 568-575.
- 593.** Ribas, M. e Yaphe, J. (2008). «Qual o tipo de estudo a escolher?» In: Fonseca, C *et al.*, Silva, E. (Coord.s). *Investigação Passo a Passo. Perguntas e respostas para a investigação clínica*. Núcleo de Investigação da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG). 1ª Ed. Lisboa: APMCG, 45-49.
- 594.** Ribeiro, C., Leda, D. e Silva, E. (2015). A expansão da educação superior pública e suas implicações no trabalho docente. *Revista Educação em Questão*. 51(37), 147-174.
- 595.** Ribeiro, V., Remoaldo, P., Gutiérrez, J. e Cadima Ribeiro, J. (2015). Acessibilidade e SIG no Planeamento em Saúde: Uma Abordagem Baseada em Modelos de Alocação-Localização. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais 2015*. (38), 3-18.

- 596.** Richmond, C. (2005). Dame Cicely Saunders. Founder of the modern hospice movement. *British Medical Journal*. 331(7510), 238.
- 597.** Righetti, S. (2004). Condições ambientais e bem-estar social são fatores que influenciam saúde da população. *Cienc. Cult.* 56(2), 06-07.
- 598.** Rocha, L.S. e Cardoso, R.C. (2009). *Psicodinâmica do Trabalho: uma reflexão sobre o sofrimento laboral e os mecanismos de defesa do trabalhador*. Minas Gerais. Universidade Católica de Minas Gerais, 50 p.
- 599.** Rocha, M.C. (2009). Políticas de valorização do trabalho docente na prefeitura de Belo Horizonte: valorização ou desvalorização do trabalho feminino? *II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. Culturas, leituras e representações*. Centro de Educação da Universidade Federal de Paraíba (CE/UFPB).
- 600.** Rocha, M. J. (2001). *Os Limites do Crescimento Económico em Angola. As fronteiras entre o possível e o desejável*. Luanda. LAC/Executive Center., 3 p.
- 601.** Rocha, M. J. (2010). *Desigualdades e Assimetrias Regionais em Angola: Fatores de Competitividade Territorial*. Luanda. Universidade Católica de Angola. Centro de Estudos e Investigação Científica, 89 p.
- 602.** Rocha, M. J. (2014). *As Perspectivas de Crescimento Económico de Angola até 2020*. Luanda. C.E.I.C. Working Paper. N° 02, 31 p.
- 603.** Rodrigues, A. P. (1993), *Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde. Ensaio metodológico em Geografia da saúde*, Coimbra, Comissão de Coordenação da Região Norte.
- 604.** Rodrigues, C.U. (2012). Pobreza em Angola: efeito da guerra, efeitos da paz. *Revista Angolana de Sociologia*. (9), 113-123.

- 605.** Rodrigues, L.R. (2013). *Laboratórios escolares, formação de docentes e ensino técnico-profissional na área de Química em Angola: uma experiência no terreno*. Porto. Relatório de Projeto submetido como requisito para a obtenção de grau de mestre em Física e Química em Contexto Escolar. Faculdade de Ciências da Universidade do Porto, 51 p.
- 606.** Rodrigues, P., Alvaro, A. e Rondina, R. (2006). Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours. São Paulo. *Revista Eletrónica de Psicologia*. 4(7), 1-8.
- 607.** Rodrigues, S. (2009). *A Educação para a Saúde na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Um Estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros*. Braga. Dissertação de Mestrado. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, 168 p.
- 608.** Rodriguez y Rodriguez, M. e Alves, J. (2008). Qualidade de vida dos professores: um bem para todos. *IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras*. Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho a 2 de agosto de 2008.
- 609.** Roesch, S.M. (1999). *Projetos de Estágio e de Pesquisa em administração: Guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso*. 2ª Ed. São Paulo: Editora Atlas.
- 610.** Roik, A. e Pilatti, L. (2009). Psicodinâmica do Trabalho: uma perspectiva teórica. *XXIX Encontro Nacional De Engenharia De Produção. A Engenharia de Produção e o Desenvolvimento Sustentável: Integrando Tecnologia e Gestão*. Salvador da Baía, Brasil, 06 a 09 de outubro de 2009.
- 611.** Rolo, D. (2013). «Prazer e Sofrimento no Trabalho: teoria (s) e prática(s) contemporâneas em psicodinâmica do trabalho». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. 12 e 13 de julho de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 131-138.

- 612.** Rosental, C. e Frémontier-Murphy, C. (2001). *Introdução aos métodos quantitativos em Ciências Humanas e Sociais*. Epistemologia e Sociedade. Tradução de José Luís Godinho. Lisboa: Instituto Piaget.
- 613.** Ruiz, A.B. (2002). *Fundamentos Teóricos del enfoque Post-Racionalista*. Instituto de Terapia Cognitiva INTECO – Santiago de Chile: Copyright.
- 614.** Sabatine, F.P. (2012). «A mobilização da subjetividade na situação de trabalho: o caso dos condutores de caminhões». In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 615.** Sales, D.C. (2012). «Currículo Vitae: Diagnósticos de Sofrimento». In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.
- 616.** Sampaio, R. e Augusto, V. (2012). Envelhecimento e Trabalho. Um desafio para a agenda da reabilitação. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 16(2), 94-101.
- 617.** Sánchez, M.A. e Iañez, N.C. (2013). Os desafios da sustentabilidade do ensino superior em Angola. *3ª Conferência do Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa: Política e Gestão da educação Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 4, 5 e 6 de dezembro.
- 618.** Santana, P. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.
- 619.** Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde: território, saúde e bem-estar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- 620.** Santana, P., Vaz, A. e Fachada, M. (2004). O estado de saúde dos portugueses: uma perspetiva espacial. *Revista de Estudos Demográficos*. (36), 5-28.

- 621.** Santana, P., Nogueira, H. e Santos, R. (2006). O papel do ambiente físico e social na construção de comunidades saudáveis. Ensaio metodológico aplicado à Amadora. *Revista de Engenharia Civil*. (27), 17-27.
- 622.** Santos, A., Chaves, V. e Guimarães-losif, R. (2014). «Governança do ensino superior privado: impacto sobre o trabalho docente». In: Lopes, A. Cavalcante, M., Oliveira, D. e Hypólito, A. (Org.s). (2014). *Trabalho docente e formação. Políticas, Práticas e investigação: pontes para a mudança*. Edição: CIIE - Centro de Investigação e Intervenção Educativas. Janeiro 2014, 5513 p. Ebook.
- 623.** Santos, A., Vieira, A. e Garcia, F. (2013). Identificação Organizacional: o caso dos professores de uma instituição federal de ensino. *Revista Gestão e Planejamento*. 14(1), 3-17.
- 624.** Santos, E. (1965). Maza. Elementos de etno-história para a interpretação do terrorismo no noroeste de Angola. Lisboa: Edição do Autor.
- 625.** Santos, G.B. (2006a). As estratégias de fuga e enfrentamento frente às adversidades do trabalho docente. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 6(1), 128-133.
- 626.** Santos, G.B. (2006b). «A Fénix renasce das cinzas: os professores e seus mecanismos de fuga e enfrentamento». In: *Anais do VI Seminário da Redestrado - Regulação Educacional e Trabalho Docente*, 06 e 07 de novembro de 2006 – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro-RJ, 3274-3284.
- 627.** Santos, M. (2013). *O espaço da cidadania e outras reflexões*. Coleção. Vol. 3. O Pensamento Político Brasileiro. 2ªEd. Brasília. Fundação Ulysses Guimarães. Ebook.
- 628.** Sapina, C. (2008). *Contributo da formação contínua para a motivação docente*. Lisboa. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, 144 p.
- 629.** Sarti, C.A. (2001). A dor, o Indivíduo e a Cultura. *Saúde e Sociedade*. 10(1), 3-13.

- 630.** Saveia, J. (2009). «Transformações do Mundo do Trabalho: uma reflexão sobre o cenário de actuação do psicólogo organizacional e do trabalho». In: *Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Belo Horizonte: Editora Armazém de Ideias, 47-61.
- 631.** Saveia, J. (2009). «Os Anfitriões de Empresas Estrangeiras: uma contribuição ao estudo da gestão internacional». In: *Psicologia Organizacional e do Trabalho*. Belo Horizonte: Editora Armazém de Ideias, 241-251.
- 632.** Saveia, J. (2015). *Psicologia. Formação e Exercício Profissional em Angola*. 1ª Ed. Luanda: Casa das Ideias.
- 633.** Sawaya, S.M. (2006). Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Revista de Estudos Avançados*. Universidade de São Paulo. 20(58), 133-146.
- 634.** Seedhouse, D. (1986). *Health: The foundations for achievement*. Chichester: John Wiley.
- 635.** Scolari, C. (2007). *Prazer e Sofrimento entre trabalhadores de Cal Center: um estudo descritivo em uma empresa no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 156 p.
- 636.** Scott, J. (1990). Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação e Realidade*. 16(2), 5-22.
- 637.** Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 17(1), 29-41.
- 638.** Staines, N. (2012). Relatório do F.M.I. e o ambiente macroeconómico global. Relatório do representante do FMI em Angola. Luanda, 2 p.
- 639.** Sebastião, A. K. (2015). *O Processo de Paz em Angola: A Dimensão Internacional do Conflito Armado de Gbadolite à Luena*. Évora. Dissertação de Mestrado em Relações Internacionais e Estudos Europeus. Escola de Ciências Sociais. Departamento de Economia da Universidade de Évora. 112 p.

- 640.** Segre, M. e Ferraz, F.C. (1997). O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública*. 31(5), 538-542.
- 641.** Seligmann-Silva, E. (1992). A Inter-relação Trabalho-Saúde Mental: Um Estudo de Caso. *Revista de Administração de Empresas*. 32 (4), 70-90.
- 642.** Seligmann-Silva, E. (2004). Saúde Mental e Trabalho. *Escola de Administração de Empresas de São Paulo*. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas.
- 643.** Semer, N. L. (2008). Resenha de Manuela Fleming (2003) Dor sem nome. Pensar o sofrimento. *Revista Brasileira de Psicanálise*. 42(2), 173-177.
- 644.** Sereza, T. e Dellaroza, M. (2003). O que está sendo aprendido a respeito da dor na Uel? *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. (24), 55-66.
- 645.** Serra, R.; Moreira, J. e Filipe, M. (2015). *Angola. Previsões Económicas e Indicadores Sociais e Demográficos*. Departamento de Estudos da Caixa Económica do Montepio Geral. Lisboa. Setembro de 2015.
- 646.** Severo, C. G. (2011). Línguas e discursos: Heterogeneidade linguístico-discursiva e poder em Angola. Veredas. *Revista da Associação Internacional de Lusitanistas*. (15), 19-45.
- 647.** Sharma, M. (2001). Freire's adult education model: An underutilized model in alcohol and drug education?. *Journal of Alcohol and drug Education*. 47(1), 1-3.
- 648.** Schubert, B. (1997/2000). *A Guerra e as Igrejas. Angola, 1961-1991*. Basileia, Suíça: P. Schlettwein Publishing. Ebook.
- 649.** Siqueira, T.C. (2009). Ensino superior privado: notas sobre o trabalho dos docentes nas instituições particulares de ensino superior em Brasília. *Revista de Ciências Sociais*. 40(2), 62-71.
- 650.** Silva, E. (2013). Por uma leitura sui generis do sofrimento e prazer no trabalho intensificado do professor na universidade pública brasileira: articulações entre a teoria

marxista da subjetividade, psicossociologia e psicodinâmica do trabalho. In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 645-667.

- 651.** Silva, E. e Heloani, R. (2007). Aspectos teóricos e metodológicos da pesquisa em saúde mental e trabalho: reflexões a partir de uma análise comparativa do estresse em jornalistas e guardas municipais. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 10(1), 105-120.
- 652.** Silva, E.A. (2004). *O burocrático e o político na administração universitária. Continuidades e rupturas na gestão de recursos humanos docentes na Universidade Agostinho Neto (Angola)*. Braga. Centro de Investigação em Educação, Universidade do Minho, 526 p.
- 653.** Silva, E.A. (2008). «Ciências da educação: novos espaços de intervenção e perfis de formação». In: Silva, E.A. e Bondo, P. F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Luanda. 282 p.
- 654.** Silva, E.A. (2009). «Ensino superior em Angola e formação de profissionais de educação». In: Silva, et al. (Org.s) *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências sociais e educação: formação e aprendizagens. Campus Gualtar, Braga: Universidade do Minho, 86-94.
- 655.** Silva, E.A. (2011a). «Educação no meio Rural em Angola: tradição, (des)igualdades de género e cidadania». *XI Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais: Diversidades e (Des)Igualdades*. Universidade Federal da Bahia (UFBA) – PAF I e II Campus de Ondina, Salvador, 1-17.
- 656.** Silva, E.A. (2011b). «Educação Oficial e Educação Tradicional em Angola: diálogo possível ou contradição irresolúvel?» In: *Libro de Actas XI Congreso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Coruña. Universidade da Coruña, 2545-2556.

657. Silva, E.A. (2011c). Tradição e identidade de género em Angola: ser mulher no mundo rural. *Revista Angolana de Sociologia*. (8), 21-34.
658. Silva, E.A. (2015). As metodologias qualitativas de investigação nas Ciências Sociais. *Revista Angolana de Sociologia*. (12), 77-99
659. Silva, E.A. e Bondo, P.F. (Org.s). (2008). *Actas do I Encontro Nacional das Ciências da Educação. Repensar a Profissionalização em Ciências da Educação*. Centro de Investigação em Educação da Universidade do Minho (CIEEd). Braga, Portugal e EDUAN – Editora da Universidade Agostinho Neto. Luanda, Angola. 23-42.
660. Silva, E.A. e Carvalho, M.J. (2009). Educação em Angola e (Des)igualdades de Género: Quando a tradição cultural é factor de exclusão. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, 2401-2416.
661. Silva, E.A. e Mendes, M.C. (2011a). «Regulação Estatal das Universidades pela Avaliação institucional. O caso recente da universidade pública em Angola». *Libro de Atas do XI Congresso Internacional Galego-Português de psicopedagogia*. Universidade de Coruña. Espanha, 1138-1663.
662. Silva, E.A. e Mendes, M.C. (2011b). Avaliação institucional e regulação estatal das universidades em Angola. *Educação, Sociedade & Culturas*. (33), 89-106.
663. Silva, E.A. e Mendes, M.C. (2011c). «Avaliação, Acreditação e Gestão do Ensino Superior em Angola: percepções, desafios e tendências». In: *Actas da 1ª Conferência do Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*, Lisboa. 14 p.
664. Silva, E.A. e Mendes, M.C. (2012). Avaliação Institucional na Universidade Agostinho Neto (Angola) e Regulação Estatal. Perspectivas, práticas e desafios. *Revista Avaliação*. 17(2) 317-350.
665. Silva, D. e Marziale, M. (2000). Absentismo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. *Revista Latino-americana de enfermagem*. 8(5), 44-51.

- 666.** Silva, I. e Mafra, F. (2014). Trabalho docente, trabalho decente ou trabalho doente? Reflexões sobre o trabalho de professores universitários na contemporaneidade. *VIII Encontro de Estudos Organizacionais da ANPAD*. Gramado, R.S. 25 a 27 de maio de 2014.
- 667.** Silva, J. R. (2010). «Ama-se apenas por engano: amor e sedução no início do século XX». In: Machado, C.J.S., Santiago, I.M.F.L., e Nunes, M.L.S., org (s). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares*. Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256 p. Ebook.
- 668.** Silva, J. e Nogueira, H. (2014). Contributo dos espaços verdes para o bem-estar das populações – estudo de caso em Vila Real. *Cadernos de Geografia*. (33), 117-121.
- 669.** Silva, J. e Ribeiro-Filho, N. (2011). A dor como um problema psicofísico. *Revista Dor*. 12(2), 138-151.
- 670.** Silva, J. e Salles, L. (2013). «Profissão professor: imagens do sofrimento de insegurança na escola». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 685-700.
- 671.** Silva, L.F. (2008). Saber Prático de Saúde: as lógicas do saudável no quotidiano. *Biblioteca das Ciências Sociais*. Sociologia. Nº 60. Porto: Edições Afrontamento.
- 672.** Silva, M. (2009). «Precarização do trabalho, tecnologias, formação de professores – caminhos para a afetivação da cidadania». In: Silva, M. C., et al. (Org.s). (2009). *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências Sociais e Educação: Formação e Aprendizagens. Braga: Universidade do Minho. 526-530.
- 673.** Silva, M. e Neto, G. (2012). «Uma articulação entre a terceira tópica de Dejours e o processo de somatização na Psicodinâmica do Trabalho». In: Martínez, V. e Neto, G. (Org.s). *Anais do I Encontro Brasileiro de Psicanálise e Sedução Generalizada*. Laboratório de Estudos e Pesquisa em Psicanálise e Civilização (LEPPSIC). Universidade Estadual e Maringá. Fundação Araucária.

- 674.** Silva, M. C., *et al.* (Org.s). (2009). *X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto*. Vol. III Ciências Sociais e Educação: Formação e Aprendizagens. Braga: Universidade do Minho. 1426 p. Ebook.
- 675.** Silveira, A. (2006). «O empoderamento e a constituição de capital social entre a juventude». In: Baquero, M. e Cremonese, D. (Org.s). (2006). *Capital Social: Teoria e Prática*. Ijuí. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 159-175.
- 676.** Simões, C., Pinho, J., Cabral, M. e Veiga, P. (2012). *Internacionalização do Setor da Saúde Nacional. Mercados em Análise: Angola, Brasil, EUA e Alemanha*. Desenvolvido pela Universidade do Minho e AICEP Portugal Global. Co-financiado por: Compete, Quadro Referência Estratégico Nacional e União Europeia. Colaboração de Health Cluster Portugal. Pólo de Competitividade da Saúde. Braga.
- 677.** Simões, C., Sambo, M., Ferreira, A. e Fresta, M. (2016). Ensino Superior em Angola: desafios e oportunidades ao nível institucional. *Revista FORGES – Fórum da Gestão do Ensino Superior nos Países e Regiões de Língua Portuguesa*. 3(1), 83-106.
- 678.** Sloggett, A. e Joshi, H. (1994). Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage?. *BMJ*. (309), 1470-1474.
- 679.** Soares, P. (2015). *Um estudo etnográfico sobre o acolhimento e reintegração social de crianças acusadas de feitiçaria em Angola*. Lisboa: ISCTE-IUL. Dissertação de mestrado em Antropologia. Escola de Ciência Sociais e Humanas. Instituto Universitário de Lisboa, 111 p.
- 680.** Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012). (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BioMed Central Public Health*. (12), 1-13.
- 681.** Sobral, A. e Freitas, C. (2010). Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da Saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 19(1), 35-47.

- 682.** Souza, A., Colomé, I., Costa, L. e Oliveira, D. (2005). A Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 26(2), 147-153.
- 683.** Souza, A., Silva, D., Dillman, M., Guedes, M. e Leite, S. (2011). Guerra Civil e o Desenvolvimento Econômico em Angola. *Revista de Economia*. 7(2), 1-21.
- 684.** Souza, M.A. (2003). Uso do território e saúde. Refletindo sobre “municípios saudáveis”. *Conferência sobre Saúde da Rede Municípios Saudáveis*. Pedreira, 57-94.
- 685.** Souza, M.A. (2009). Meio ambiente e desenvolvimento sustentável. As metáforas do capitalismo. *Revista Cronos*. 10(2), 101-117.
- 686.** Stefenson, E.A. (2009). *Organizações Políticas e Eleições em Angola. Da Guerra Colonial às disputas eleitorais*. Niterói. Monografia apresentada ao Departamento de História da Universidade Federal Fluminense como requisito para obtenção de grau de Bacharel/Licenciatura em História, 92 p.
- 687.** Sundquist, K., Malmstrom, M. e Johansson, S. (2004). Neighbourhood deprivation and incidence of coronary heart disease: a multilevel study of 2.6 million women and men in Sweden. *Journal of Epidemiol. Commun. Health*. (58), 71-77.
- 688.** Tashakkori, A., Teddlie, C. e Sines, M. (2013). Utilizing Mixed Methods in Psychological Research. In: Weiner, I., Schinka, J. e Velicer, W. (Eds.), *Handbook of psychology*. Research methods in psychology. 2nd Ed. (2), 428-450.
- 689.** Teddlie, C. e Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research. Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. California: SAGE Publications, Inc.
- 690.** Teixeira, A.B.M. (2010). “Magistério” do gênero: impactos da vida de discentes e docentes. In: Machado, C.J.S., Santiago, I.M.F.L., e Nunes, M.L.S., org (s). *Gêneros e práticas culturais: desafios históricos e saberes interdisciplinares* Campina Grande: EDUEPB, 2010. 256 p. Ebook.

- 691.** Teixeira, H. (2009). *Alimentação e Desempenho Escolar*. Porto. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto, 43 p.
- 692.** Tereso, A. (2011). *O Acesso dos Homens aos Cuidados de Saúde Sexual: Resultados Preliminares sobre o Impacto do Género nas Perspectivas dos Profissionais de Saúde*. Lisboa: Centro Investigação e Estudos de Sociologia. Instituto Universitário de Lisboa. (CIES/IUL).
- 693.** Terra, F. (2010). Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de enfermagem de universidades pública e privada. Ribeirão Preto. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 258 p.
- 694.** Terroso, M. (2006). *Formação Contínua de Professores, Satisfação Profissional e Práticas Educativas: Que relação?*. Porto. Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação. Universidade Portucalense, 101 p.
- 695.** Teta, S. (2009). A Educação Superior em Angola. *Seminário Internacional de Educação Superior da Comunidade de Países de Língua Portuguesa*. Porto Alegre.
- 696.** Tolfo, S. e Piccinini, V. (2007). Sentidos e Significados do Trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. *Psicologia & Sociedade*. 19, Edição Especial. 1, 38-46.
- 697.** Tomás, A. (2010). *Angola e a prática do professor universitário, no contexto da pesquisa científica: um tema de reflexão e estudo no ensino superior das universidades angolanas*. Cabinda. Tese de Doutorado em Educação e Pedagogia pela Bircham International University (Universidade Aberta), 160 p.
- 698.** Tomás, D. (2014). *Caraterização Organizacional das Escolas Técnicas Profissionais de Saúde em Angola: Caso do estudo à E.T.P.S. de Luanda*. Évora. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, área de especialização em

Administração e Gestão Educacional, pela Universidade de Évora. Escola de Ciências Sociais. Departamento de Pedagogia e Educação, 155 p.

- 699.** Tones, K. (1987). *O Processo da Educação*. Ministério da Saúde. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários. Documento policopiado.
- 700.** Tones, K. e Tilford, S. (2001). *Health Promotion. Effectiveness, Efficiency and Equity*. Chenttenham Nelson Thornes, Ltd.
- 701.** Torres, M.A. (2006). A divisão sexual do trabalho: a inserção da mulher no mundo do trabalho. *I Seminário Nacional de Trabalho e Gênero*. Sessão Temática sobre Industrialização, precarização e trabalho feminino. Goiás. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Ciências Sociais. 29 de março de 2006.
- 702.** Tosta, F. (2006). Psicopatologia do Trabalho e a Peste Emocional. Psicologia.com. *O Portal dos Psicólogos*, 1-6.
- 703.** Trindade, P. (2011). *Relatório de Mercado Imobiliário*. Abacus Property Research. Angola 2011 em parceria com Savills. Luanda, 20 p.
- 704.** Tschiedel, R. e Traesel, E. (2013). Mulher e dor: um estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 13(2), 611-624.
- 705.** Tuomi, K., Eeskelinen, L., Toikkanen, J., Jarvinen, E., Ilmarinen, J. e Klockars, M. Work Load and Individual Factors Affeting Work Ability among Aging Municipal Employees. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 17, p. 128 -134, 1991.
- 706.** Tuomi, K., Ilmarinen, J., Martikainen, R., Aalto, L. e Klockars, M. Aging Work Life-style and Work Ability among Municipal Workers in 1981 – 1992. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 23, p. 58 -65, 1997.
- 707.** Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykiri, E. e Ilmarinen, J. Promotion of Work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine-Oxford*, 51, p. 318-324, 2001.

- 708.** Tywuschik, V. e Sherriff, A. (2009). *A Estratégia Conjunta UE – África: Dez Desafios para o Sucesso*. Bruxelas. European Centre for Development Policy Management. *InBrief*. (23), 1-6.
- 709.** U.E. (2008). União Europeia. Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar. Conferência de alto nível da União Europeia. *Juntos pela Saúde Mental e pelo Bem-estar*. Bruxelas, 12 e 13 de junho de 2008.
- 710.** U.E. (2011). União Europeia. *Parceria Estratégica África - União Europeia. Enfrentar em conjunto os desafios do presente e do futuro*. Conselho Europeu. Secretariado-geral do Conselho. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- 711.** U.E. (2014). União Europeia. Comunicado de Imprensa da Comissão Europeia sobre *Igualdade entre homens e mulheres: medidas adotadas pela EU continuam a apresentar bons resultados*. Bruxelas, 14 de abril de 2014.
- 712.** U.N.A.I.D.S. (2012). Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (UNAIDS). *Regional Fact Sheet 2012. Getting to Zero*.Genebra.
- 713.** U.N.C.T.A.D./U.E. (2010). United Nations Conference on Trade and Development. Project for Angola, financed by the European Commission. *Estudo Nacional: O Quadro Jurídico de Investimento Privado na República de Angola*. Geneva: Copyright, 62 p.
- 714.** U.N.D.P. (2015). *2015 Human Development Report. Work for human development*. United Nations Development Programme (UNDP). Washington DC, USA.
- 715.** U.N.E.S.C.O. (1976). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *Recommendation on the development of adult education*, Nairobi.
- 716.** U.N.E.S.C.O. (2003). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *Alfabetização como Liberdade. 2003-2012 Década para a alfabetização*. Nações Unidas no Brasil. Ministério da Educação. Brasília: U.N.E.S.C.O, 67 p.

- 717.** U.N.E.S.C.O. (2005). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *Década das Nações Unidas da Educação para o Desenvolvimento Sustentável 2005 – 2014*. Documento Final Plano Internacional de Implementação. Brasília. UNESCO, 120 p.
- 718.** U.N.E.S.C.O. (2010). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *História geral da África. VIII: África desde 1935*. Editado por Ali A. Mazrui e Christophe Wondji. Brasília: UNESCO, 1272 p.
- 719.** U.N.E.S.C.O. (2014). United Nations Educational Scientific and Cultural Organization. *O Relatório de Monitoramento Global de Educação para Todos. Ensinar e aprender: alcançar a qualidade para todos*. Relatório Conciso. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 56 p.
- 720.** Ungar, L. e Chaves, E. (2013). «Atividade educativa como possibilidade de reflexão e prevenção do adoecimento». In: *Livro de Atas do I Congresso Internacional de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. 12 e 13 de julho de 2012. Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga, 178-186.
- 721.** U.N.I.C.E.F. (2009). United Nations Children’s Fund. *Plataforma de Ação Para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina/Excisão (MGF/E). Uma questão de igualdade de género*. Grupo de Trabalho de Doadores contra a Mutilação Genital Feminina/Excisão.
- 722.** U.N.I.C.E.F. (2011). United Nations Children’s Fund. *Relatório da Avaliação do Programa de Alfabetização e Aceleração Escolar (PAAE) na Província de Kwanza Sul*. Ministério da Educação da República de Angola.
- 723.** U.N.I.C.E.F. (2012). United Nations Children’s Fund. *A Committing to Child survival. A Promise Renewed. Relatório de Estimativas sobre Mortalidade Infantil 2012 Factos e dados mais relevantes*, 4 p.
- 724.** U.N.I.C.E.F. (2014a). United Nations Children’s Fund. *The State of the World’s Children 2014 In Numbers. Every Child Counts*. Revealing disparities, advancing children’s rights. United Nations Plaza, New York, January 2014.

- 725.** U.N.I.C.E.F. (2014b). United Nations Children's Fund. Dia Mundial da Água. Os mais pobres do mundo são os que têm menos acesso a água potável, afirma a UNICEF em Comunicado de Imprensa. Nova York. Lisboa, 19 de março de 2014.
- 726.** U.N.I.C.E.F. (2015a). United Nations Children's Fund. *A Fair Chance for Every Child: the promise of equity*. Progress Report 2015. New York.
- 727.** U.N.I.C.E.F. (2015b). United Nations Children's Fund. *Unless we act now The impact of climate change on children*. November 2015. New York.
- 728.** U.N.I.C.E.F. (2015c). United Nations Children's Fund *Análise Multidimensional da Pobreza em Angola. Abordagem monetária e abordagem baseada nas privações. Visão, Sonho e Esperança. Contribuição para a Agenda Global de Desenvolvimento Pós-2015. Resumo Executivo.*
- 729.** U.N.I.C.E.F. (2016a). United Nations Children's Fund. *The state of the world's children 2016: A Fair Chance for Every Child*. UNICEF 70 years for every child. New York, 184 p.
- 730.** U.N.I.C.E.F. (2016b). United Nations Children's Fund. *Annual Report 2015*. UNICEF 70 years for every child. New York, 52 p.
- 731.** U.N.F.P.A. (2014). Fundo das Nações Unidas Para a População. *Avaliação VI Programa UNFPA Angola (2009-2014)*. Relatório Final, 196 p.
- 732.** U.N.I.C.E.F./W.H.O. (2015). *25 Years Progress on Sanitation and Drinking Water. 2015 Update and MDG Assessment*. WHO Press. Geneva, 90 p.
- 733.** U.S.A.I.D. (2010). United States Agency International Development. End-term Evaluation Report. *Healthy Unions: Community Engagement and Behavioral Change to Eliminate Bride Price, Bride Abduction, and Early Marriage in Ethiopia*. CARE Ethiopia. EGLDAM.USAID. Addis Ababa, 62 p.
- 734.** U.S.A.I.D. (2012). United States Agency International Development. *Gender Equality and Female Empowerment Policy*. Washington, DC, 28 p.

735. Vala, J. (2009). A análise de conteúdo. In: Silva, A.S. e Pinto, J.M. (Org.s). *Metodologia das Ciências Sociais*. 15ª Ed. Porto: Edições Afrontamento, 101-128.
736. Valente, J. (2002). Uma avaliação crítica sobre o índice composto na avaliação dos sistemas de saúde no mundo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 5(1), 83-90.
737. Valente, L. (2007). *Bem-estar subjetivo e bem-estar no trabalho em profissionais de educação física*. São Bernardo do Campo. Tese de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde – Universidade Metodista de São Paulo, 58 p.
738. Valente, M.I. (2001). *A Situação da mulher em Angola*. Luanda, 13 p.
739. Vayer, P. e Rocin, C. (1994). *Psicologia Actual e Desenvolvimento da criança*. Tradução do Francês da equipa de Vayer. Epigénese e Desenvolvimento. Lisboa: Instituto Piaget.
740. Vedovato, T. e Monteiro, M. (2008). Perfil sociodemográfico e condições de saúde e trabalho dos professores de nove escolas estaduais paulistas. *Revista Escola de Enfermagem*. 42(2), 290-297.
741. Veiga, I.P. (2005). Docência Universitária na Educação Superior. In: *VI Simpósio. Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais "Anísio Teixeira" (INEP): A Docência na Educação Superior*. Brasília, 1 e 2 de dezembro de 2005.
742. Venâncio, A.T., Leal, E.M. e Delgado, P.G. (Org.s). (1997). «Saúde mental e Trabalho» *O Campo da Atenção Psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Te Corá Editora.
743. Venceslau, B., Correa, D., Souza, T., Guerreiro, A. e Camargo, S. (S/D). «Divergências entre trabalho prescrito e trabalho real: um estudo de caso em uma agência bancária». In: *7º Congresso de Pós-Graduação: Ciência, Tecnologia e Inovação: A universidade e a construção do futuro*. 7ª Amostra Académica UNIMEP.

744. Venco, S. e Barreto, M. (2010). O Sentido social do suicídio no trabalho. *Revista Espaço Acadêmico*. 9(108), 1-8.
745. Ventura, M. (2014). «Estudo da relação entre PTSD e Religião nas populações da Matala». In: ECAS 2013, 5th European Conference on African Studies. African Dynamics in Multipolar World. 2318-2329. Ebook.
746. Viana, E. e Machado, M. (2011). Sentido do Trabalho no Discurso dos Trabalhadores de uma ONG em Belo Horizonte. *Psicologia e Sociedade*. 23(1), 46-55.
747. Vieira, A. (2005). *Prazer, Sofrimento e Saúde no Trabalho de Teletendimento*. Brasília. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 171 p.
748. Vieira, C.E.C., Barros, V.A. e Lima, F.P.A. (2007). Uma abordagem da Psicologia do Trabalho, na presença do trabalho. *Psicol. rev.* 13(1),155-168.
749. Vieira, C., Bião, F., Dias da Cruz, J. e Rodrigues de Souza, L., (2011). «Experiências em Saúde do Trabalhador: Apoio Psicológico aos Vigilantes Vítimas de violência no Trabalho» Capítulo 5. II Parte. In: Kind, L., Cássia, B., Gonçalves, L., Org. *Universidade e Serviços de Saúde: Interfaces, desafios e possibilidades na formação profissional em saúde*. Editora: PUC Minas. Belo Horizonte, 263-287.
750. Viegas, P. (2012). *ONU Condena Mutilação Genital Feminina*. Texto publicado por Patrícia Viegas da Agência Lusa a 27 de novembro de 2012.
751. Vilela, E. (2010). *Vivências de prazer-sofrimento no trabalho docente: um estudo em uma IES pública de Belo Horizonte, Minas Gerais*. Belo Horizonte. Dissertação de Mestrado em Administração pela Faculdade Novos Horizontes, 97 p.
752. Villibor, F., Freitas, G., Machado, R. e Melo, M. (2015). A indisciplina e o docente do ensino superior. UnirG, Gurupi, TO, Brasil. *Revista Cereus*. 7(3), 70-84.

753. Vygotski, L.S. (1999). *A Formação Social da Mente: O Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores*. Tradução do Inglês de José Cipolla Neto e colaboradores. São Paulo: Martins Fontes.
754. von Foerster, H. (1960). Self-organizing Systems and their Environment. In: Youits, M.G.; Camerous, S. (Org.). *Self Organizing Systems*. Londres: Pergamon Press, 36-75.
755. von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
756. Walter, L.I. e Merlo, A. (S/D). *O Processo de Cooperação como Modo de Subjetivação no Trabalho Rural*. Maceió. Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
757. Wallerstein, N. e Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education e Behavior*. 15(4), 379-394.
758. W.E.F. (2013). World Economic Forum. *The Global Gender Gap Report 2013*. Collaboration with faculty at Harvard University and the University of California, Berkeley. Geneva.
759. Wheeler, D., & Péliissier, R. (2009). *História de Angola*. Lisboa: Tinta da China.
760. W.H.O. (1946). World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Basic Documents. Geneva.
761. W.H.O. (1997). World Health Organization. *Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe*. Copenhagen.
762. W.H.O. (2003). World Health Organization. *Social Determinants of Health: the solid facts*. 2nd. Ed. Richard Wilkinson e Michael Marmot. Regional Office for Europe. Copenhagen.
763. W.H.O. (2008). World Health Organization. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva.

- 764.** W.H.O. (2010). World Health Organization. Angola. Factsheets of Health Statistics 2010. Regional Office for Africa.
- 765.** W.H.O. (2011a). World Health Organization. *International Conference on Environmental and Occupational Determinants of cancer: Interventions for primary Prevention*. Asturias, Spain, 17 e 18 of March 2011.
- 766.** W.H.O. (2011b). World Health Organization. *World Conference on Social Determinants*. All for Equity. Rio de Janeiro, Brazil. 19-21 of October 2011.
- 767.** W.H.O. (2013). World Health Organization. *Country Cooperation Strategy*. At a glance. Angola. Maio 2013.
- 768.** W.H.O. (2016b). World Health Organization. *Global Report on Diabetes*. Printed in France, 88 p.
- 769.** W.H.O. (2016c). *WHO Diabetes Country Profiles 2016*. Explanatory notes, 1-8.
- 770.** W.H.O. (2016d). *9th Global Conference on Health Promotion*, Shanghai 2016. Promoting health, promoting sustainable development: Health for all, and all for health.
- 771.** Wieczynski, M. (2006). *O sofrimento humano nas organizações na ótica da psicopatologia do trabalho: uma questão para o Serviço Social*. Santa Catarina. Trabalho de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC].
- 772.** Wilson, P.A. (1996). Empowerment: Community Economic Development from the Inside Out. *Urban Studies*. 33(4-5), 617-630.
- 773.** Wilson-Strydom, M. e Fongwa, S.N. (2012). *Um Perfil do Ensino Superior na África Austral*. 1º Vol. Perspectiva Regional. SARUA. Joanesburgo, 107 p.
- 774.** Woolcock, M. (2001). The place of social capital in understanding social and economic outcomes. *Isuma. Canadian Journal of Policy Research*. 2(1), 11-17.

- 775.** World Bank (2013). *Doing Business 2014. Economy Profile: Angola*. Comparing Business Regulations For Domestic Firms in 189 Economies. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank. Washington DC. 20433.
- 776.** Yen, I. e Kaplan, G. (1999). Neighborhood social environment and risk of death: multilevel evidence from the Alameda County Study. *American Journal of Epidemiology*. (149), 898-907.
- 777.** Zau, F. (2002). *Angola: trilhos para o desenvolvimento. Temas educacionais*. Universidade Aberta. Lisboa. 310 p.
- 778.** Zau, F. (2005). *O Professor do Ensino Primário e o Desenvolvimento dos Recursos Humanos em Angola: uma visão prospectiva*. Lisboa. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação, Especialidade em Educação Multicultural e Intercultural pela Universidade Aberta, 865 p.

Legislação

- 779.** Assembleia Nacional da Republica de Angola. (2001). *Lei de Bases do Sistema de Educação*. Lei Nº 13/01 de 31 de dezembro, Luanda.
- 780.** Diário da República de Angola. (1978). *Diário da República, 1.ª Série A — N.º 57/78, de 9 de março de 1978*. Declaração Universal dos Direitos do Homem. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral na sua Resolução 217A (III) de 10 de dezembro de 1948. Publicada em Diário da República mediante aviso do Ministério dos Negócios Estrangeiros.
- 781.** Diário da República de Angola. (1980). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 85- Decreto nº 31/80 de 10 de abril*. Aprova o Estatuto da Carreira Docente Universitária.
- 782.** Diário da República de Angola. (1989). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 48- Decreto nº 55/89 de 20 de setembro*. Aprova o Estatuto da Carreira Docente Universitária. Revoga toda a legislação que contrarie o disposto no presente decreto.

- 783.** Diário da República de Angola. (1995). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 12- Decreto nº 03/95 de 24 de março*. Aprova o Estatuto Orgânico da Carreira Docente Universitária. Revoga o Decreto nº 55/89, de 20 de setembro.
- 784.** Diário da República de Angola. (2003). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 70- Decreto nº 57/03 de 5 de setembro*. Aprova o Estatuto Remuneratório do pessoal docente e não docente.
- 785.** Diário da República de Angola. (2005). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 97 – Decreto nº 53/05 de 15 de agosto*. Regime Jurídico dos Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais.
- 786.** Diário da República de Angola. (2007). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 170 — 4 de setembro de 2007*. Capítulo III. Crimes contra a integridade física. Art.º 144., p.6223.
- 787.** Diário da República de Angola. (2008). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 240 — 22 de dezembro de 2008*. Retifica a Lei nº 10/04 em Diário da República Nº 212. 1ª Série de 12 de novembro de 2008. Lei das Atividades Petrolíferas.
- 788.** Diário da República de Angola. (2009a). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 237- Decreto nº 90/09 de 15 de dezembro*. Normas Reguladoras do Subsistema de Ensino Superior.
- 789.** Diário da República de Angola. (2009b). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 173 – Decreto nº 50/09 de 11 de setembro*. Criação da Zona Económica Especial Luanda-Bengo, designada por Z.E.E.
- 790.** Diário da República de Angola. (2009c). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 64 - Decreto nº 5/09 de 7 de abril*. Criação das regiões académicas que delimitam o âmbito territorial de atuação e expansão das instituições de ensino superior. Secretaria de Estado para o Ensino Superior. Luanda.
- 791.** Diário da República de Angola. (2009d). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 87 - Decreto nº 7/09 de 12 de maio*. Estabelece a reorganização da rede de instituições de ensino superior públicas, a criação de novas instituições de ensino superior e

redimensionamento da Universidade Agostinho Neto. Secretária de Estado para o Ensino Superior. Luanda.

- 792.** Diário da República de Angola. (2010a). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 222* —. *Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de novembro*. Aprova a Política Nacional de Saúde e revoga toda a legislação que contrarie o presente Decreto Presidencial.
- 793.** Diário da República de Angola. (2010b). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 93* —. *Decreto Presidencial nº 70/10 de 19 de maio*. Estatuto Orgânico do Ministério do Ensino Superior da Ciência e Tecnologia (M.E.S.C.T.).
- 794.** Diário da República de Angola. (2011a). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 94* — *20 de maio de 2011*. (Lei nº 20/11), Lei de Investimento Privado. Revoga a Lei nº 11/03, de 13 de maio e em tudo que contrarie a presente lei, a a Lei nº 17/03. De 25 de Julho.
- 795.** Diário da República de Angola. (2011b). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 184* — *Lei nº 31/11 23 de setembro de 2011*. Lei das minas. Que aprova o Código Mineiro — Revoga toda a legislação que contrarie o disposto no Código Mineiro.
- 796.** Diário da República de Angola. (2011c). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 45* — *Decreto 49/11 de 9 de março de 2011*. Regime Jurídico da Zona Económica Especial Luanda-Bengo, abreviada por Z.E.E Luanda-Bengo.
- 797.** Diário da República de Angola. (2012). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 231* — *Decreto Presidencial 233/12 de 4 de dezembro de 2012*. Estatuto Orgânico do Ministério do Ensino Superior (M.E.S.), 5956 - 5967.
- 798.** Diário da República de Angola. (2013). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 253* — *31 de dezembro de 2013*. V Plano Nacional de Prevenção e Combate à violência doméstica e de género 2014 -2017.
- 799.** Diário da República de Angola. (2014). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 143* — *Decreto Presidencial nº 188/14 4 de agosto de 2014*. Cria a Instituição de Ensino Superior Pública «Universidade Cuíto Cuanavale» e aprova o seu Estatuto - Revoga

toda a legislação que contrarie o disposto no presente Diploma, nomeadamente o n.º 2 do artigo 16.º do Decreto n.º 7/09, de 12 de maio.

- 800.** Diário da República de Angola. (2015). *Diário da República, 1.ª Série — N.º 115 — Lei nº 14/15 de 11 de agosto de 2015*. Nova Lei de Investimento Privado.
- 801.** D.G.S. (2003). Direção Geral da Saúde. *Circular Normativa: A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor Nº 09/DGCG.14/06/2003.
- 802.** Governo de Angola (2010). *Constituição da República de Angola*. Vista e aprovada pela Assembleia Constituinte, a 21 de janeiro de 2010 e, na sequência do Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 111/2010, de 30 de janeiro, 88p.
- 803.** M.E.S.C.T. (2010). Ministério do Ensino Superior da Ciência e da Tecnologia. *Estatuto Orgânico do Ministério do Ensino Superior da Ciência e da Tecnologia*. República de Angola, Luanda.
- 804.** M.E.S. (2015a). Ministério do Ensino Superior *Quadro actual de Legalidade dos Cursos de Graduação ministrados nas Instituições de Ensino Superior Públicas e Privadas*. Luanda: Centro de Documentação e Informação do Ministério de Ensino Superior.
- 805.** Resolução do Conselho de Ministros. (2011). II Programa de Ação para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina. *IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e Não Discriminação (2011 - 2013)*. Aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 5/2011, de 18 de janeiro.

Publicações Estatísticas

- 806.** D.G.S. (2008). Direção Geral da Saúde. *Estatísticas. Portugal saúde: Indicadores Básicos 2005*. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 64 p.
- 807.** I.N.E. (2007). Instituto Nacional de Estatística. *Perfil da Pobreza em Angola*. Resultados do Inquérito de despesas e Receitas - I.D.R. (2000-2001). Luanda.

- 808.** I.N.E. (2010). Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008 – 2009*. Versão Resumida.
- 809.** I.N.E. (2011). Instituto Nacional de Estatística. *Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008 – 2009*. Relatório de Tabelas Vol. II. Luanda. I.N.E. agosto 2011.
- 810.** I.N.E. (2013). Instituto Nacional de Estatística. *Angola em Números*. 2ªEd.Luanda: Instituto Nacional de Estatística de Angola.
- 811.** I.N.E. (2014). Instituto Nacional de Estatística. Censo 2014. *Resultados Preliminares do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola 2014*. Luanda: Instituto Nacional de Estatística de Angola. Setembro 2014.
- 812.** I.N.E. (2015a). Instituto Nacional de Estatística. Angola. Anuário Estatístico de Angola - 2012. Luanda: Instituto Nacional de Estatística de Angola. Julho 2015.
- 813.** I.N.E. (2015b). Instituto Nacional de Estatística. Angola. *Conjuntura Económica II Trimestre de 2015*. Folha de Informação Rápida (FIR). Economia e Finanças. Luanda.
- 814.** I.N.E./U.N.I.C.E.F. (2003). Instituto Nacional de Estatística. MICS. Inquérito de Indicadores Múltiplos. *Avaliando a Situação das Crianças e das Mulheres Angolanas no Início do Milénio*. Relatório Analítico. Luanda. UNICEF.
- 815.** M.E.S. (2014). Ministério do Ensino Superior. *Boletim Estatístico do ensino superior*. Luanda: Ministério do Ensino Superior.
- 816.** M.E.S. (2015b). Ministério do Ensino Superior. *Anuário Estatístico do Ensino Superior 2015*. Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística. Luanda: Ministério do Ensino Superior.
- 817.** O.N.U.S.I.D.A. (2014). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el V.I.H./S.I.D.A. (O.N.U.S.I.D.A.). *Hoja Informativa 2014. Datos Estadísticos Mundiales*.
- 818.** S.E.E.S. (2005). Secretaria de Estado do Ensino Superior. *Linhas Mestras para a Melhoria da Gestão do Subsistema do Ensino Superior*. República de Angola, Luanda.

- 819.** United Nations Department of Economic and Social Affairs. (2013). Population Division World Population Prospects: The 2012 Revision, DVD Edition.

Webgrafia

- 820.** A.E.S.S.T. (2015). Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. *Prémios de boas práticas «Locais de Trabalho Seguros e Saudáveis» 2014-2015.* Gestão do stress e dos riscos psicossociais no trabalho. <http://europa.eu>. (acesso a 7 de dezembro de 2016).
- 821.** A.N.G.O.P. (2010). Agência Angola Press. *Angola tem o primeiro Centro de Segurança e Saúde no Trabalho.* Inauguração. <http://www.angop.ao/> (acesso a 7 de dezembro de 2016).
- 789.** A.N.G.O.P. (2013). Agência Angola Press. *Potencial recurso hídrico da bacia de Okavango.* Entrevista ao ministro da Energia e Águas João Baptista Borges a 11 de junho de 2013. <http://www.portalangop.co.ao> (acesso a 18 de novembro de 2015).
- 790.** A.N.G.O.P. (2014a). Agência Angola Press. *Programa Água para Todos.* Entrevista do ministro da Energia e Águas João Baptista Borges. <http://www.portalangop.co.ao> (acesso a 12 de novembro de 2015).
- 791.** A.N.G.O.P. (2015a). Agência Angola Press. Entrevista à directora provincial de Energia e Águas de Cuando Cubando, Adélia Muambeno Manuel, sobre evolução do Programa Água para Todos. <http://www.portalangop.co.ao> (acesso a 12 de novembro de 2015).
- 792.** A.N.G.O.P. (2015b). Agência Angola Press. OGE 2016 garante incremento na despesa funcional da saúde. <http://www.portalangop.co.ao> (acesso a 13 de dezembro de 2015).
- 793.** A.R.S.L.V.T. (2012). Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. <http://www.arslvt.min-saude.pt> (acesso a 12 de novembro de 2013).

- 794.** Azimio, A. (2014). *Corrupção em Angola*: Universidade Óscar Ribas. <http://universidade-oscar-ribas.blogspot.pt> (acesso a 12 de dezembro de 2016)
- 795.** C.C.O.H.S. (2016). Canadian Centre for Occupational Health and Safety. Workplace Health and Well-being - Sample Workplace Health and Well-being Program Elements; https://www.ccohs.ca/oshanswers/psychosocial/sample_elements.html
- 796.** C.I.A. (2014). Central Intelligence Agency. CIA World Factbook. <https://www.cia.gov/library/> (acesso a 27 de maio 2014).
- 797.** C.I.A. (2015). Central Intelligence Agency. Estrutura Populacional. Distribuição por género e idade. <https://www.cia.gov/> (acesso 26 de outubro de 2015).
- 798.** C.I.A. (2014). Central Intelligence Agency. CIA World Factbook. <https://www.cia.gov/library/> (acesso a 14 de julho de 2014).
- 799.** Club-K. (2010). Portal informativo. Notícias imparciais de Angola. Roubo na Universidade Óscar Ribas em luanda. <http://www.club-k.net> (acesso 6 janeiro 2017).
- 800.** Declaração do Luxemburgo (2007) - Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion. http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf
- 801.** Fotografias da Universidade Óscar Ribas. <https://www.google.pt/search?q=fotos+da+universidade+Oscar+Ribas> (acesso a 10 de dezembro de 2016).
- 802.** I.A.S.P. (2015). International Association for the Study of Pain. *O que é a dor?* <http://www.aped-dor.org> (acesso a 7 de junho 2015).
- 803.** I.N.S.A. (2013). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. *Declaração de Helsínquia e a Saúde em Todas as Políticas*. <http://www.insa.pt> (acesso a 8 de abril de 2015).
- 804.** I.S.P.U.P. (2012). Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. *Saúde Ocupacional*. Porto: ISPUP. <http://www.ispup.up.pt> (acesso em abril de 2014).

- 805.** Jornal Angola Hoje. (2014). A religiosidade do povo de Angola. <http://jornalangola1d.blogspot.pt> (acesso 9 janeiro de 2017).
- 806.** Jornal Correio da Manhã. (2014). Representante da FAO admite erradicação da fome em Angola em dez anos. <http://www.cmjornal.xl.pt> (acesso a 3 de março 2016).
- 807.** Jornal de Angola Online. (2014). *A avaliação dos professores é obrigatória.* Entrevista da secretária geral do Ministério de Educação de Angola a 9 de setembro de 2014. <http://www.med.gov.ao> (acesso a 16 de dezembro, 2015).
- 808.** Jornal de Angola Online. (2015a). Tragédia no Lobito. <http://jornaldeangola.sapo.ao> (acesso a 14 de dezembro de 2015).
- 809.** Jornal de Angola Online. (2015b). Solidariedade às vítimas. <http://jornaldeangola.sapo.ao> (acesso a 14 de dezembro de 2015).
- 810.** Jornal Notícias Online (2015). Chuvas fortes destroem mais de 100 casas em Angola. <http://www.jn.pt> (acesso a 14 de dezembro de 2015).
- 811.** Jornal O País. (2015). Óscar Ribas investe 40 milhões de dólares em novas instalações. <http://opais.co.ao> (acesso a 19 de junho de 2016).
- 812.** Jornal Público Online (2012). Igreja Católica Angolana abre guerra à feitiçaria. <https://www.publico.pt> (acesso a 14 janeiro 2017).
- 813.** MacGregor, K. (2015). 50% Higher education participation in 50 Years – Summit. UWN. *University World News*. Issue N°358. <http://www.universityworldnews.com> (acesso a 24 de março de 2016).
- 814.** O.M.S. (1948). Organização Mundial de Saúde. Actas oficiales de la OMS, nº 2, p. 100. <http://www.who.int> (acesso a 8 janeiro de 2015).
- 815.** O.M.S. (2009b). Organização Mundial de Saúde. Estratégia de Cooperação. Resumo. Angola. <http://www.who.int/countryfocus>. (acesso em 16 de julho de 2014).

- 816.** O.N.U.B.R. (2014). Organização das Nações Unidas no Brasil. Centro de Informações das Nações Unidas no Brasil, São Paulo. Brasil. <http://www.unicrio.org.br> (acesso em 16 de julho de 2014).
- 817.** O.N.U./M.I.N.S.A. (2015). Organização das Nações Unidas e Ministério da Saúde da República de Angola. Encontro de Quadros nacionais e sociedade civil para o balanço do Plano de Aceleração da Resposta ao V.I.H./S.I.D.A. Comemoração do Xº Aniversário do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (I.N.L.S.), Luanda, 21 a 23 de setembro de 2015. <http://www.ao.undp.org>. (acesso online a 9 de dezembro de 2015).
- 818.** Portal do Governo. (2015). Ministério da Educação. Ensino especial em Angola recebe milhares de crianças. Luanda. <http://www.med.gov.ao/> (acesso a 2 dezembro de 2016).
- 819.** Public Health Agency of Canada. (2001). Population Health Approach. Population health: defining health. Canada: Health Canada. <http://www.hc-sc.gc.ca> (acesso a 20 de abril de 2015).
- 820.** Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
<http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt/cidades-saudaveis#c>, acesso a 25 de setembro de 2017).
- 821.** Semanário Económico (2015). Apresentação a direcção da Universidade pública mais jovem do país. <http://semanarioeconomico.co.ao> (acesso a 26 de janeiro de 2016).
- 822.** Setti, R. (2012). Fotos deslumbrantes: Okavango, o rio que transforma o deserto num luxuriante oásis para milhares de animais selvagens. *Revista Online Veja.com* <http://veja.abril.com.br> (acesso a 18 de novembro de 2015).
- 823.** Tchopilica, H. (2015). Taxa de cobertura do programa ‘Água para Todos’ situou-se em 60,5% em 2014. *Jornal O País*. <http://opais.co.ao> (acesso a 12 novembro 2015).
- 824.** U.S.A.I.D. (2011). United States Agency International Development. Haiti / Women in Development. Yemeni Communities Unite Against Child Marriage. Por Derek Lee. February/March 2011. <http://www.usaid.gov/news> (acesso a 19 de setembro de 2014).

- 825.** U.S.A.I.D. (2014). United States Agency International Development. Combating Early Marriage from the Ground Up. Por Elisa Walton, July 29, 2014. <http://www.usaid.gov/news> (acesso a 19 de setembro de 2014).
- 826.** W.H.O. (2014). World Health Organization. WHO commits to stand against female genital mutilation (FGM) and child, early and forced marriage (CEFM). Reino Unido. <http://www.who.int/reproductivehealth/topics> (acesso a 2 de setembro 2014).
- 827.** W.H.O. (2016a). World Health Organization. Climate change and health. Fact Sheet Reviewed June 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs266/en/> (acesso a 23 de julho de 2016).

Anexos

Anexo 1

Instrumentos utilizados para a recolha de dados:

- Termo de Consentimento Informado
- Questionário de Dados Sociodemográficos
- Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (E.P.S.T.)
- Escala de Sintomas Relacionados com Trabalho (E.S.R.T.)
- Guião da Entrevista Semiestruturada

Consentimento Informado

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Solicitamos a sua participação na investigação "**A Saúde, o Sofrimento e o Trabalho dos Professores da Universidade Óscar Ribas em Luanda**", a decorrer na Universidade Óscar Ribas – Angola, e orientada pela Universidade do Minho – Portugal. Com este estudo procuramos encontrar a relação existente entre saúde, sofrimento e trabalho de professores universitários, bem como identificar o tipo de estratégias utilizadas para enfrentar o sofrimento.

A sua participação é muito importante, para compreendermos o que afeta e o que pode melhorar a saúde e o trabalho dos professores, minimizando o sofrimento e, logo, aumentando a produtividade. Esta participação é voluntária. As suas informações são estritamente confidenciais, o questionário e a entrevista são anónimos. Só os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Não existem respostas certas ou erradas. Seja sincero(a) nas suas respostas. Não deixe, por favor, nenhuma pergunta por responder. Pedimos o preenchimento de um questionário com informação pessoal e profissional, duas escalas EPST e ESRT e ainda uma entrevista individual.

**Para esclarecimento de qualquer dúvida, contatar Liliana Pena
[neuropsiche@hotmail.com], Messenger: Liliana Pena, Skype: lilianapena80,
Telm:00351934473811**

- Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado. Concordo e aceito preencher as duas escalas.

Data ____/____/____ Assinatura _____

AGRADECEMOS A SUA COLABORAÇÃO!

Equipa de Investigação:

Profª Doutora Paula Cristina Remoaldo (Universidade Minho - Portugal)
Mestre Liliana Pena (Universidade Óscar Ribas - Angola)

Questionário de dados sociodemográficos

Este questionário tem como objetivo **a recolha de informação pessoal e profissional**.
As suas respostas são **confidenciais** e toda a informação contida no questionário será utilizada apenas para fins científicos.
Não deixe, por favor, nenhuma pergunta por responder.

Preencha com uma cruz (X) o quadrado que melhor corresponde à sua opinião.

1. **Nacionalidade:** _____
2. **Área de Residência:** Província _____ Município _____ Comuna _____
3. **Sexo:** Feminino Masculino
4. **Idade (anos):** 23 - 30 31 - 40 41 - 50 ≥ 51
5. **Estado Civil:** Solteiro Casado Divorciado Viúvo Vive Maritalmente
6. **Quantos filhos tem?** Nenhum 1-2 3 - 4 ≥ 5
7. **Nível de Escolaridade:** Bacharel Lic. Pós-grad. Msc. PhD
8. **Tempo de serviço/ total (anos):** 0-5 6 - 15 16- 25 ≥ 26
9. **Carga Horária Semanal (horas):** 4 - 10 11 - 16 17 - 22 23 - 30
10. **Turnos de trabalho:** Dia (manhã + tarde) Noite Misto
11. **Departamento em que leciona:** _____
12. **Que tipo de contrato tem com a Universidade:**
Tempo Integral Tempo Parcial Outro Qual? _____
13. **Exerce atualmente cargos de gestão:** Não Sim Qual(ais)? _____

14. **Possui outro emprego:** Sim Não Qual? _____
15. **Quantas horas semanais tem para atividades de lazer (Hobbies)?**
Nenhuma 1 – 2H 3 – 4H $\geq 5H$
16. **Quantas horas semanais dedica à prática de atividades físicas/desporto?**
Nenhuma 1 – 2H 3 – 4H $\geq 5H$
17. **Como considera ser, atualmente, a sua saúde?**
Muito Boa Boa Razoável Má Muito Má

Seguem-se duas escalas, uma sobre sentimentos relacionados com o trabalho e outra sobre sintomas associados ao exercício profissional.

Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EPST)

A seguir, vai responder a itens referentes às vivências positivas e negativas em relação ao seu trabalho atual. Assinale de acordo com a escala, o número que melhor corresponde à frequência com a qual cada um dos aspectos descritos ocorre atualmente no seu trabalho.

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre

1. Liberdade para usar o estilo pessoal	1	2	3	4	5
2. Liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas	1	2	3	4	5
3. Solidariedade com os colegas	1	2	3	4	5
4. Confiança nos colegas	1	2	3	4	5
5. Liberdade para dizer o que pensa no local de trabalho	1	2	3	4	5
6. Reconhecimento	1	2	3	4	5
7. Desvalorização	1	2	3	4	5
8. Indignação	1	2	3	4	5
9. Injustiça	1	2	3	4	5
10. Satisfação	1	2	3	4	5
11. Prazer	1	2	3	4	5
12. Motivação	1	2	3	4	5
13. Orgulho	1	2	3	4	5
14. Bem-estar	1	2	3	4	5
15. Valorização	1	2	3	4	5
16. Realização profissional	1	2	3	4	5
17. Identificação com as tarefas que realiza	1	2	3	4	5
18. Esgotamento emocional	1	2	3	4	5
19. Stress	1	2	3	4	5
20. Insatisfação	1	2	3	4	5
21. Desgaste	1	2	3	4	5
22. Frustração	1	2	3	4	5
23. Inutilidade	1	2	3	4	5
24. Insegurança	1	2	3	4	5
25. Desqualificação	1	2	3	4	5

Escala de Sintomas Relacionados com o Trabalho (ESRT)

Em seguida, vai encontrar itens que retratam tipos de *problemas físicos, psicológicos e sociais que são essencialmente causados pelo seu contexto de trabalho.* Marque o número que melhor corresponde à intensidade com a qual eles estão presentes atualmente.

1	2	3	4	5
Nada Presente	Pouco Presente	Mais ou menos Presente	Bastante Presente	Totalmente Presente

1. Dores no corpo	1	2	3	4	5
2. Dores nos braços	1	2	3	4	5
3. Dor de cabeça	1	2	3	4	5
4. Distúrbios respiratórios	1	2	3	4	5
5. Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
6. Dores nas costas	1	2	3	4	5
7. Distúrbios auditivos	1	2	3	4	5
8. Alterações do apetite	1	2	3	4	5
9. Distúrbios da visão	1	2	3	4	5
10. Alterações do sono	1	2	3	4	5
11. Dores nas pernas	1	2	3	4	5
12. Distúrbios circulatórios	1	2	3	4	5
13. Tristeza	1	2	3	4	5
14. Irritação com tudo	1	2	3	4	5
15. Derrotismo	1	2	3	4	5
16. Perda da autoconfiança	1	2	3	4	5
17. Dificuldades nas relações familiares	1	2	3	4	5
18. Perda de autocontrole	1	2	3	4	5
19. Desinteresse pelas pessoas em geral	1	2	3	4	5
20. Dificuldade de ter amigos	1	2	3	4	5
21. Dificuldade para tomar decisões na vida pessoal	1	2	3	4	5
22. Amargura	1	2	3	4	5
23. Sensação de vazio	1	2	3	4	5
24. Sentimento duradouro de desamparo	1	2	3	4	5
25. Insensibilidade em relação às pessoas	1	2	3	4	5
26. Dificuldades nas relações afetivas	1	2	3	4	5
27. Isolamento social	1	2	3	4	5
28. Imagem negativa de si mesmo	1	2	3	4	5
29. Dificuldades na vida social	1	2	3	4	5
30. Agressividade desmedida	1	2	3	4	5
31. Choro sem razão aparente	1	2	3	4	5
32. Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5



Universidade do Minho

Esta entrevista tem como objetivo **a recolha de informação pessoal e profissional sobre os professores** da Universidade Óscar Ribas em Luanda.

As respostas são confidenciais e toda a informação recolhida será utilizada apenas para fins científicos, nomeadamente para a obtenção do grau de Doutora na Universidade do Minho (Portugal), por parte de Liliana Pena e com a tese intitulada *A Saúde, o Sofrimento e o Trabalho de Professores da Universidade Óscar Ribas em Luanda*.

Será atribuída uma letra e numeração (E1, E2,...) a cada entrevista e o seu nome não será referido na análise que será feita da mesma. Vou pedir-lhe permissão para gravar a entrevista, visto ser-me difícil registar, enquanto dialogo consigo, o que me vai transmitir.

Posso contar com a sua permissão para gravar a entrevista?

Comprometo-me, desde já, a dar-lhe *feedback* dos resultados obtidos com a investigação que estou a realizar, pretendendo contribuir para a melhoria das condições de trabalho dos professores em Angola.

GUIÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Data: ____ / ____ / ____

Local: _____

Hora: ____ : ____

Duração: ____ : ____

Vou começar por colocar-lhe algumas questões que se prendem com as condições e a organização do trabalho na Universidade Óscar Ribas.

Pergunta 1: procura aprofundar a caracterização do contexto de trabalho e saber como os professores percebem as condições e a organização do trabalho na U.O.R.

1.1. Como avalia o trabalho na U.O.R. em relação às Condições de Trabalho?

(ambiente físico, equipamentos e instrumentos de trabalho, suporte organizacional)

Bom **Mau** **Justifique?**

1.2. Como avalia o trabalho na U.O.R. em relação à Organização do Trabalho?

(ritmo de trabalho, distribuição de tarefas e modo de as realizar)

Boa **Má** **Justifique?**

1.3. Qual a sua percepção sobre o ambiente de trabalho na U.O.R.?

(partilha de responsabilidades, produtividade esperada, regras formais e informais)

1.4. Qual a sua percepção sobre as relações socioprofissionais na U.O.R.?

1.4.1. Com a chefia - Boa Má Justifique?

1.4.2. Com colegas/pares - Boa Má Justifique?

1.4.3. Com os alunos - Boa Má Justifique?

1.5. Na sua opinião, a profissão docente tem prestígio social?

Vamos agora falar um pouco de como se sente no trabalho que realiza.

Pergunta 2: Deseja-se compreender a percepção que os professores possuem sobre os processos de trabalho como sendo responsáveis por sentimentos de satisfação e prazer no trabalho. (averiguar indicadores de prazer - liberdade de expressão e realização profissional)

2.1. Sente que o seu trabalho o realiza (sente realização profissional)?

Sim Não Porquê?

2.2. Sente liberdade de expressão no seu trabalho? Sim Não Porquê?

Pergunta 3: Procura-se conhecer a percepção que os professores da U.O.R. possuem sobre os processos de trabalho causadores de insatisfação e sofrimento. (averiguar indicadores de sofrimento – falta de reconhecimento e esgotamento emocional)

3.1. Sente que o trabalho que realiza o esgota emocionalmente? Que lhe causa desgaste mental?

Sim Não Explique.

3.2. Sente que o trabalho que realiza lhe causa desgaste físico?

Sim Não Explique.

3.3. Sente falta de reconhecimento no seu trabalho? Sim Não Porquê?

Vamos agora falar um pouco sobre as estratégias que utiliza para enfrentar o dia-a-dia e o sofrimento gerado pelo trabalho que realiza.

Pergunta 4: Deseja-se conhecer a percepção que os professores da U.O.R. possuem sobre as estratégias e recursos pessoais (G.R.R.), utilizados para enfrentar e mediar o sofrimento gerado pelo trabalho. E ainda, perceber se o tipo de estratégia utilizada varia segundo o contexto (vida laboral Vs vida privada).

4.1. Que tipo de estratégias utiliza para enfrentar o sofrimento e as dificuldades geradas pelo seu trabalho? (averiguar recursos pessoais/G.R.R; perceber se são estratégias individuais e/ou coletivas)

Individuais (realização de atividades de enfrentamento, individuais, como: telefonar para alguém, ouvir música, praticar desporto, etc.)

Coletivas (realização de atividades de enfrentamento em grupo (cooperação, interajuda, diálogo, identificação, compreensão)

4.2. Na sua vida em geral, diante de situações que lhe provocam sofrimento, como costuma agir para as enfrentar? (averiguar força do S.O.C.)

4.3. Fale-me de si, da sua personalidade/temperamento. Indique 2 ou 3 características que o definem. Considera ter uma personalidade forte? (averiguar força do S.O.C.)
Pode, por favor, justificar?

Anexo 2

(Cartas de Solicitação e de Autorização para a recolha de dados)

A/C: Magnífica Reitora Adélia Carvalho
Universidade Óscar Ribas
C/C: Ex^a Mestre Josefina Castellero
Coordenadora Departamento Científico

Luanda, 16 de Março de 2016

Assunto: Solicitação de autorização e colaboração em pesquisa de investigação científica

Eu, Liliana Sousa Pena, docente auxiliar da Universidade Óscar Ribas desde Março de 2009, encontro-me a realizar doutoramento em Ciências Sociais, pela Universidade do Minho (Portugal) sob o tema: 'A saúde, o sofrimento e o trabalho de professores da Universidade Óscar Ribas, em Luanda'.

Esta pesquisa visa a investigar processos de saúde e sofrimento decorrentes do exercício da profissão docente e analisar o tipo de estratégias que os professores utilizam face às vivências de sofrimento no trabalho.

Venho por este meio solicitar a V^a. Ex.^a. autorização para a realização de recolha de dados. Para tal, solicitamos da colaboração dos professores, que lecionam na instituição em qualquer horário, departamento e em qualquer regime de contratação. Terão de responder a um questionário de dados sociodemográficos para recolher informação pessoal e profissional, preencher duas escalas e realizar uma pequena entrevista.

A aplicação será individual, fora do contexto e horário laboral. Todas as respostas são confidenciais. Toda a informação contida nos questionários e escalas será utilizada apenas para fins científico-investigacionais e estatísticos.

Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e aguardo pela anuência do meu pedido.

Para quaisquer esclarecimentos, coloco-me à sua inteira disposição.

Atenciosamente,



Liliana S. Pena

Contatos: email: neuropsiche@hotmail.com/ 00351 934473811 Skype: lilianapena80

À
Responsável pela Actividade Científica da
Comissão de Gestão da UÓR
Exma. Sr^a. Dr^a. Josefina Castilhero

LUANDA

N/Ref.º: 06/CG-I /UÓR/2016

Assunto: Parecer sobre a solicitação de autorização/colaboração em pesquisa de investigação científica da Sra Liliana Sousa Pena.

Exma. Senhora,

Relativamente ao assunto em epígrafe, incumbe-me a Comissão de Gestão da UÓR, de solicitar o seguinte:

- Estimada Dra. Josefina,
- Em atenção a solicitação de autorização para a realização de uma pesquisa de investigação científica, chegada a Comissão de Gestão de UÓR, expressamos que não vemos inconveniente para o efeito.
- No entanto, sugerimos que sejam aclarados os meses em que decorrerá.
- 03.05.2016

Comissão de Gestão da Universidade Óscar Ribas, Luanda, 04 de Maio de 2016

A Chefe de Gabinete,



(Amarília Solene Cabaços)