



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

GESTÃO DO ENVELHECIMENTO NA CARREIRA DOS MÉDICOS:
UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia e Desenvolvimento de
Recursos Humanos

Ana Rita Dias Alves de Oliveira

Porto, novembro de 2019



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

GESTÃO DO ENVELHECIMENTO NA CARREIRA DO MÉDICOS:
UM ESTUDO QUALITATIVO

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Psicologia e Desenvolvimento de
Recursos Humanos

Ana Rita Dias Alves de Oliveira

Trabalho efetuado sob a orientação
da Professora Doutora Luísa Ribeiro
e coorientação da Professora
Doutora Filipa Sobral

Porto, novembro de 2019

“Só se vê bem com o coração- o essencial é invisível aos olhos”

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Antes de tudo, queria agradecer à instituição que me acolheu durante estes dois anos, à Universidade Católica Portuguesa, por me proporcionar um ensino de excelência, dotando-me sempre das melhores ferramentas, tanto a nível pessoal, como académico e profissional.

Queria agradecer aos *meus pais* por todo o esforço que sempre fizeram para me dar o melhor e por estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis, dando-me sempre colo e a mão, quando eles próprios precisavam do mesmo. Fazem-me acreditar que a vida só faz sentido quando temos amor incondicional.

À *minha irmã*, que sempre caminhou lado a lado comigo em todas as etapas da minha vida e que faz dos impossíveis realidade. Nunca estaria onde estou se não fosse por ela, nunca vou ter palavras suficientes para agradecer, mas acho que a irmandade é mesmo assim, incomparável e insubstituível.

À *professora Luísa* por toda a ajuda e disponibilidade na realização desta dissertação e por toda a compreensão. Foi uma parte muito importante neste processo.

À *professora Filipa*, por ser um exemplo para mim, como profissional, mas acima de tudo como pessoa. Por me ter estendido a mão quando mais precisei e por nunca ter desistido de mim e por nunca me ter deixado desistir de mim mesma. Espero um dia conseguir ser metade da profissional que é. Devo-lhe toda esta dissertação e todo este caminho difícil. Obrigada.

Por último queria agradecer a *mim mesma*. Por ter conseguido superar-me e por ter conseguido tido forças para atingir este objetivo ao qual me propus, quando não achava haver solução e quando a jornada difícil parecia não ter fim. Por ter sido capaz de admitir e reconhecer as minhas fraquezas e os meus problemas e por estar a tentar superá-los da melhor forma possível. Com ajuda e com calma, porque o tempo é o nosso melhor amigo quando tudo parece perdido e quando a caminhada parece, por vezes, solitária.

À *minha ansiedade*, um obrigada também, porque apesar de todos os efeitos negativos que acarreta, me ter feito perceber que possuía algumas questões inconscientes por resolver e por ter posto à prova a minha gestão de conflitos interior.

À *vida*, por nos por à prova e por nos fazer relembrar qual o verdadeiro sentido dela.

Resumo

A presente investigação enquadra-se na temática do envelhecimento ativo e da perceção que homens e mulheres médicos pertencentes ao serviço público e ao serviço privado, têm acerca deste envelhecimento.

Adicionalmente, é também objetivo de estudo compreender a diferença de condições proporcionadas pelo sistema nacional de saúde e pelo serviço privado, aos profissionais pertencentes a esta categoria profissional e compreender as diferenças de perceção existentes acerca das práticas de gestão de recursos humanos e do envelhecimento ativo, entre mulheres médicas e homens médicos.

O estudo de carácter qualitativo, tem como participantes homens e mulheres a exercerem funções na medicina, com idade acima dos 55 anos, justificando-se esta opção pela necessidade de compreensão das questões abordadas e identificação das condições e vivências laborais atuais.

Posto isto, os resultados sugerem que os médicos relatam transformações decorrentes do processo natural do envelhecimento (menor resistência física e mental, maior cansaço e desgaste) mas é o processo de envelhecimento decorrente do trabalho que assume maior relevância (excesso de exigência face à sua capacidade de resposta e resistência física/psicológica, falta de reconhecimento da carreira, subvalorização/discriminação). Verifica-se que são as mulheres que mais referem vivências negativas de envelhecimento e condições adversas, quando comparadas com os homens.

Por fim, conclui-se, que são os médicos do sistema público que relatam estar mais vulneráveis ao envelhecimento decorrente do trabalho que desempenham, descrevendo condições laborais que promovem a aceleração do declínio decorrente do envelhecimento natural.

Palavras-chave: envelhecimento ativo; médicos; carreira; políticas de gestão;

Abstract

The aim of this study is to understand the perceptions that medical doctors, from the public and private sectors, have about active aging, as well as the perceived differences in work conditions in the national health system versus the private service. Moreover, differences in perceptions regarding human resource management practices and active aging, between female and male doctors are also investigated.

This qualitative study includes medical doctors from both genders aged over 55 years old. The methodological option is justified by the need to understand the complexity of the issues to be addressed and by the need to identify the current working conditions and working experiences.

Results indicate that physicians report transformations resulting from the natural aging process (lower physical and mental resistance, increased tiredness and weariness) but it is the aging process due to the work they perform which is prominent (over-demanding work due to their inability to function, decreased physical / psychological response and stamina, lack of career recognition, undervaluation / discrimination). The results also suggest that women report more negative experiences of aging and adverse conditions than men.

Finally, doctors in the public sector are more vulnerable to aging due to their work, as their working conditions promote the acceleration of decline due to natural aging.

Keywords: active aging; doctors; career; management policies;

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento teórico.....	4
1.1. Envelhecimento ativo.....	4
1.2. As estratégias Europa 2020 para as alterações demográficas	7
1.3. Gestão de Recursos Humanos e Práticas de Gestão de Carreiras.....	10
1.3.1 Diferenças entre homens e mulheres no panorama português.....	13
1.4. Envelhecimento no Sistema Nacional de Saúde.....	14
1.5. A saúde pública e privada.....	16
2. Método.....	17
2.1. Objetivos e questões de investigação	17
2.2. Participantes.....	18
<i>Tabela 1 – Características dos participantes</i>	18
2.3. Instrumento.....	18
2.4. Procedimento.....	19
2.4. Metodologia de Análise.....	19
2.6. Descrição e análise dos resultados.....	21
3. Conclusão	31
Referências Bibliográficas	33
Anexos.....	42
Anexo 1: Declaração de consentimento informado	42
Anexo 2: Dados Sociodemográficos	44
Anexo 3: Guião de entrevista semiestruturada.....	47
Anexo 5: Descrição do sistema geral de categorias	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos participantes

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: Declaração de consentimento informado

ANEXO 2: Dados sociodemográficos

ANEXO 3: Guião de entrevista semiestruturada

ANEXO 4: Sistema de categorias

ANEXO 5: Descrição do sistema geral de categorias

Introdução

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas profundas transformações demográficas caracterizadas, entre outros aspetos, pelo aumento da esperança média de vida e consequente crescimento da população idosa; e pela redução da natalidade e consequente diminuição da população jovem. Em 2015, as pessoas com 65 ou mais anos representavam 20,5% de toda a população residente em Portugal. A esperança de vida à nascença atingiu os 80,80 anos, sendo de 77,78 anos para os homens e de 83,43 para as mulheres, de acordo com as estimativas esta sexta-feira divulgadas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2019).

O índice de envelhecimento em Portugal (i.e., Relação entre a população idosa e a população jovem) passou de 27.5% em 1961 para 157.4% em 2018 (PORDATA, 2018), observando-se uma relação de 118 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2015), sendo que as tendências entre a população ativa da EU-27 apontam para um crescimento de cerca de 16.2% (9,9 milhões) do grupo etário dos 55-64 anos entre 2010 e 2030 (Ilmarinen, 2008), o que naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis, nomeadamente ao nível do panorama laboral. Estas alterações demográficas têm um impacto no mercado de trabalho e na estruturação da força de trabalho portuguesa que se tornará, inevitavelmente, envelhecida (Pinto, Ramos & Nunes, 2015).

Na sua generalidade, a maior parte das definições de envelhecimento, focam aspetos morfológicos (i.e. equilíbrio homeostático,), psicológicos (i.e., nível cognitivo e emocional) e biológicos (i.e., senescência) com repercussões sociais como consequência do desgaste do tempo (Oliveira, 2005; Rosa, 1996). O envelhecimento origina assim, uma deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo, essencialmente no que concerne às aptidões para levar uma vida ativa e satisfeita (Marin, 2006).

A preocupação com o envelhecimento laboral tem vindo a aumentar, nomeadamente por parte da OMS, que assume que o processo de envelhecimento pode influenciar e ser influenciado pela relação estabelecida entre o homem e o trabalho (World Health Organization 1993).

O processo de envelhecimento no trabalho pode ser caracterizado através de duas formas distintas. A primeira, refere-se ao envelhecimento do sujeito em relação ao trabalho,

onde as transformações provenientes da senescência podem afetar o desempenho nas atividades laborais; a segunda diz respeito ao envelhecimento do sujeito decorrente do seu trabalho (Jardim, Lancman & Sznelwar, 2006). Neste segundo cenário, o trabalho, as suas condições (i.e., instalações físicas e materiais utilizados para a execução do trabalho) e organização (i.e., divisão do trabalho, níveis hierárquicos, normas e procedimentos de produção, ritmo e metas a serem cumpridas, relações interpessoais) atuam sobre o processo de envelhecimento, podendo o declínio de certas capacidades ser acelerado ou retardado, dependendo dos tipos de desgaste a que o trabalhador é submetido e está sujeito (Jardim *et al.*, 2006).

Atualmente, a situação económica e o panorama laboral encontram-se em constante mudança, com a acentuada mundialização, competitividade e rarefação dos empregos, a que se tem assistido, tendo isto contribuindo para a existência de um mercado de trabalho cada vez mais seletivo, instável e discriminatório (Silva, Veloso & Silva, 2012). Esta instabilidade parece afetar particularmente os trabalhadores em idades mais avançadas, que se deparam com um mercado de trabalho cada vez mais difícil e com ênfase nos jovens, pois a idade ativa em termos de emprego é geralmente até aos 35 anos (Fernandes, 2007).

Dado que o envelhecimento da força de trabalho apresenta repercussões em todas as esferas da nossa sociedade e que terá o seu impacto mais significativo e determinante no panorama laboral (Hedge *et al.*, 2009), é necessário existir aqui um foco, uma vez que se acredita que os empregadores e os políticos não estejam perfeitamente conscientes dos desafios que estas alterações demográficas acarretam para o panorama nacional e que, conseqüente, o envelhecimento da força de trabalho ocasiona (Robson, 2001). Assim, face à nova demografia do mercado de trabalho e ao contexto de mudança que se assiste, existe a necessidade de desenvolver uma Gestão de Recursos Humanos (GRH) capaz de ter uma visão multidisciplinar promotora de um envelhecimento ativo dentro das organizações. Isto será possível, através de medidas de prevenção de doenças e da promoção da saúde nas situações de trabalho, perseguindo a preservação e o desenvolvimento das capacidades dos trabalhadores, bem como a manutenção da qualidade de vida dentro e fora do trabalho (Machado, 2011).

Não obstante, a maioria das organizações não se encontra preparada para suportar os desafios associados aos trabalhadores seniores, tal como Lopes (2010, p. 12) refere “preparar-se para gerir trabalhadores em vias de envelhecimento constitui um dos maiores desafios que a GRH nas organizações tem de enfrentar”. Será por isso, essencial que as empresas compreendam as capacidades, motivações, interesses e expectativas destes trabalhadores seniores, de modo a que se observe um desenvolvimento eficaz deste tipo de práticas (Hedge *et al.*, 2006), bem como das suas perceções sobre a sua experiência de envelhecimento dentro

da instituição e como esta última se adapta a esta realidade (Hedge *et al.*, 2006).

Com a realização do presente estudo, pretende-se contribuir para essa compreensão, nomeadamente focando as necessidades dos trabalhadores seniores e as suas interações entre o processo de envelhecimento e o trabalho; bem como analisar a perceção destes trabalhadores sobre o desenvolvimento e implementação de práticas eficientes de GRH que se adequem a uma força de trabalho envelhecida.

A população alvo desta investigação é composta por profissionais de saúde seniores em Portugal (médicos com mais de 55 anos), tendo esta escolha sido intensificada pelo grau de responsabilidade a que esta profissão pode estar afeta (Ministério da Saúde) e pelos elevados níveis de stress a que estes profissionais estão sujeitos (Ministério da Saúde). Pretende-se analisar a posição destes profissionais perante a gestão de carreiras a que estão vinculados, e apura a existência de flexibilidade na evolução profissional, com foco na evidência do suporte por parte das organizações

1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento ativo

O nosso país é um país envelhecido, embora não seja somente um problema ao nível nacional, mas sim de todo o mundo. Contudo a maior parte das sociedades desenvolvidas tem tendência para estagnar ou até mesmo decrescer. Considera-se dados concretos e estima-se que a Europa tenha 2050 cerca 700 milhões de pessoas.

De acordo um estudo demográfico acerca da Europa, o Instituto de Berlim para a população e o desenvolvimento referiu que “todos os países europeus estão a envelhecer, mas nem todos estão a encolher”. No entanto, “os países que sofrem de emigração e onde poucos filhos nascem, vão encolher de forma radical”.

É neste aspeto que Portugal está inserido, ou seja, na União Europeia do futuro é o segundo país mais envelhecido, tal como podemos constatar através do gráfico 1:

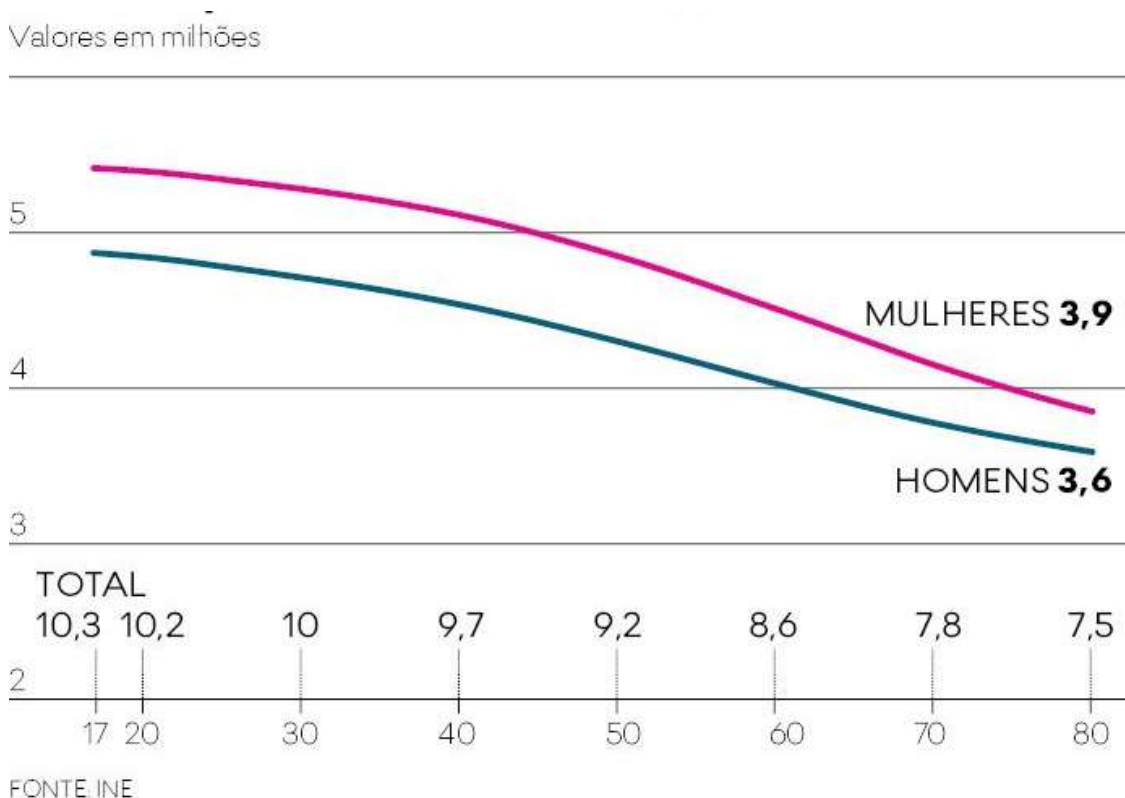


Figura 1 - população total em Portugal (fonte: INE, 2017)

O decréscimo da população deve-se à emigração. Esta última variável poderá manter-se constante, no entanto pode ainda diminuir. Pelos dados fornecidos pelo INE, a população portuguesa está a envelhecer.

O agravamento do envelhecimento da população portuguesa não é compensado pelo aumento da natalidade e, é ainda agravado pela alta emigração dos jovens. Assim, o comportamento destas três variáveis, envelhecimento, população, diminuição da natalidade e aumento da emigração de jovens portugueses é bastante preocupante no nosso país.

Na maior parte das sociedades, o envelhecimento da população representa um dos maiores problemas sociais, políticos e económicos. De uma forma geral, as pessoas que envelhecem serão cada vez mais, ou seja, prevê-se que em 2050 existam cerca de dois biliões de idosos em todo o mundo (World Organização de Saúde, 2008).

São fatores como as mudanças na saúde física e mental que afetam as pessoas à medida que vão envelhecendo. De acordo com a Administração sobre o envelhecimento (1996), 20% dos idosos tem mais dificuldade em realizar as atividades da vida diária, causada principalmente, pela diminuição da resistência, força muscular e mobilidade. Esta mudança pode conduzir ao isolamento social e aumento da dependência de outras pessoas para o cuidado (Cheek *et al*, 2005).

Por esta razão, Loos, Haddon e Mante-Meijer (2012) propuseram a definição de geração, através de duas perspetivas distintas, ou seja, a geração como um período específico da vida, como exemplo, a reforma e, a geração como uma faixa etária que indica que todas as pessoas nascidas durante dois períodos específicos pertencem a uma geração igualmente específica.

De forma complementar, Edmunds e Turner (2005, p. 561) sugeriram uma noção mais complexa de geração, a qual inclui um significado social em virtude de ser uma identidade cultural. Ou seja, as características biográficas, históricas e culturais coexistem entre si e desenvolvem hábitos de consumo particulares (Aroldi e Ponte 2013).

Cada vez mais, o envelhecimento das populações influencia os padrões globais em mercados de trabalho e de capital, serviços e sistemas tradicionais de apoio social, como cuidados de saúde e pensões nos países europeus (Barrett & McGoldrick, 2013).

Não obstante em todos os Estados-Membros da União Europeia (UE), as taxas atuais de fertilidade são baixas. Se as taxas de natalidade continuarem a diminuir conforme previsto, a proporção de cidadãos jovens e idosos passarão por um *crossover* histórico. Além disso, o "baby boomer" da geração (nascida entre 1945 e 1965), que consiste num grande número de pessoas, já se começa a reformar. Uma projeção moderada do envelhecimento na UE para o período entre 20 e 2050 mostra que a população com mais de 65 anos aumentará em 58 milhões ou 77% e que, ao mesmo tempo, a população em idade de trabalhar diminuirá em 48 milhões ou 16% (Corsi & Samek, 2010)

De acordo com Constança, Ribeiro e Teixeira (2012) os termos mais utilizados nas últimas décadas foram o envelhecimento bem-sucedido nos EUA e o envelhecimento ativo na Europa.

Por um lado, o envelhecimento ativo preocupa-se com a facilitação dos direitos das pessoas idosas para se manterem saudáveis, permanecerem ativas por mais tempo, além de participarem da vida comunitária e política. No entanto, o envelhecimento ativo, não possui uma definição precisa de concordância universal, é comumente utilizado para significar “todas as coisas para todas as pessoas, sem discriminação” (Walker & Maltby, 2012).

O envelhecimento bem-sucedido e o envelhecimento ativo desafiam o domínio do modelo de deficit, em associação com algumas variantes do envelhecimento produtivo, desafiam a expectativa das pessoas mais velhas saírem da força de trabalho em períodos fixos e arbitrários (Barrett & McGoldrick, 2013).

Em vez de equiparar a fase final da vida como um período de descanso, o envelhecimento ativo e os discursos sobre o envelhecimento bem-sucedido procuram permitir a participação dos idosos na sociedade, por meio de uma série de atividades. Se aplicado a uma forma restrita, ambos defendem a criação de uma visão de duas camadas da população mais velha e outra, os mais jovens que aspiram padrões de sucesso ou atividade, que permanecem inalcançáveis para muitos devido a doenças ou deficiências (Carvalho & Rodrigues, 2013)

Deste modo, o modelo de envelhecimento bem-sucedido de Rowe & Kahn (1987/1997) tem o potencial de liderar os decisores políticos e os próprios idosos para aspirar a um ideal irrealista de envelhecimento e, superestimam a prevalência de indivíduos mais velhos sem presença de doença, embora os estudos centenários demonstrem que atingir a idade avançada sem problemas de saúde ou deficiência é incomum (Motta, Bennati, Ferlito, Malaguarnera e Motta, 2005).

Os processos de definição e medição do envelhecimento bem-sucedido têm sido problemáticos, isto porque se preocupam com a idade dos idosos e não como as pessoas se veem como envelhecidas com sucesso (Chapman, 2005; Pruchno, Wilson-Genderson, Rose e Cartwright, 2010).

O número cada vez maior de pessoas mais velhas conduz a expectativas mais elevadas de uma “boa vida” na sociedade em associação com o interesse político na redução da despesa pública. Estes factos, levaram a um aumento do interesse de medição de qualidade de vida na idade avançada e nos conceitos de bem-estar, sucesso, envelhecimento positivo e ativo. A qualidade de vida em geral atraiu ao longo dos anos, mais pesquisas.

Fernandez-Ballestros (2003) relatou o aumento das publicações sobre o bem-estar entre os anos 30 e 90, bem como a literatura sobre a qualidade de vida em pesquisas. A política pública tem maior probabilidade de se preocupar em permitir que as pessoas de idade mais avançada mantenham a sua mobilidade, independência, contribuição ativa para a sociedade e responder de forma efetiva a desafios físicos, psicológicos e sociais.

1.2. As estratégias Europa 2020 para as alterações demográficas

A idade assume-se como um referencial de fundo para explicar e até mesmo justificar, as posições diferenciadas na sociedade e que servem continuamente de critério de ordenamento dos indivíduos na esfera das hierarquias sociais (Lenoir, 1990).

As mudanças demográficas são debatidas ao nível político na UE. O Documento da Estratégicas Europa 2020, foca a Comissão Europeia como o órgão executivo que propõe e desenvolve as políticas e legislação, representando os interesses da UE no seu conjunto (Nugent, 2010).

Europa 2020 é a estratégia da UE para o crescimento e empregos seguindo a estratégia de Lisboa. Foi lançado em parceria entre a UE e os seus Estados-Membros em 2010 para a criação de condições para um desenvolvimento inteligente e sustentável e um crescimento inclusivo.

O envelhecimento da população é nomeado como um dos três grandes desafios de longo prazo que a Europa enfrenta, “a crise varreu anos de progresso económico e social e expôs fraquezas estruturais na economia da Europa”, e o mundo está atualmente a enfrentar desafios rápidos e de longo prazo, como a globalização, pressão sobre os recursos, envelhecimento. A UE deve agora tomar conta do futuro (COM, 2010, p.5)

A Comissão Europeia assume que o envelhecimento é a questão mais urgente na Europa, “a combinação de uma população trabalhadora menor e uma fração maior de reformados colocarão tensões adicionais nos nossos sistemas de bem-estar” (COM (2010) 2020, p.7).

Para catalisar os progressos a nível da UE, a Comissão criou sete iniciativas emblemáticas, que incluem os programas de trabalho em áreas identificadas como estímulos importantes para um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. Quatro destas iniciativas incluem uma forte dimensão demográfica:

“União da Inovação” visa reorientar a pesquisa e o desenvolvimento, e a política de inovação nos desafios que a sociedade enfrenta, incluindo o envelhecimento e as mudanças

demográficas;

“Juventude em movimento” é um pacote de iniciativas políticas que se concentra na educação e no emprego dos jovens na Europa para reduzir o desemprego jovem e aumentar a taxa de emprego juvenil;

“Uma agenda para novas habilidades e empregos” se propõe a promover a igualdade de gênero, aprendizagem ao longo da vida, acesso à assistência à infância, facilidades e cuidados com outros dependentes, princípios de flexisegurança, mobilidade laboral intra-UE, uma visão de futuro e política abrangente de migração laboral, conciliação da vida profissional e familiar, novas formas de equilíbrio entre vida profissional e política de envelhecimento ativo;

“Plataforma europeia contra a pobreza” tem como foco o combate à pobreza e exclusão social, reduzindo as desigualdades na saúde, promovendo o envelhecimento saudável e ativo, apoiando especialmente os grupos mais vulneráveis (por exemplo, famílias monoparentais, mulheres idosas, minorias) e melhorar o acesso ao trabalho, previdência social, educação e serviços essenciais, como cuidados de saúde.

Embora a Europa 2020 represente a estratégia de longo prazo da Comissão até o ano 2020, os Presidentes da Comissão Europeia desenvolvem as orientações políticas para os seus mandatos no âmbito dessa estrutura geral.

Assim, a preocupação com os efeitos do envelhecimento demográfico e a intenção de prolongamento temporal da vida ativa, resultou no paradigma do envelhecimento ativo, que propõe, precisamente, dar resposta às necessidades de uma maior qualidade de vida dos indivíduos, melhorar a sua produtividade e a impulsionar a solidariedade entre gerações, bem como aumentar a participação dos mais velhos no mercado de trabalho e as suas taxas de emprego, a par de reduzir a pobreza e a exclusão social., enquadrando-se, portanto, nas metas da Estratégia Europa 2020.

Por esta razão, a UE-27 (ENEAS, 2017), sublinha a importância do envolvimento e participação de múltiplos agentes, desde autoridades públicas, ao mais variado nível, a entidades privadas, como empresas, parceiros sociais, organizações da sociedade civil, prestadores de serviços e meios de comunicação social. Reforça também, a importância da inovação social e de uma melhor utilização das novas tecnologias enquanto instrumentos de promoção do envelhecimento ativo, apelando à necessidade de relativizar a importância do fator idade no mercado de trabalho, não excluindo os trabalhadores mais velhos da igualdade de oportunidades de inserção, tendo um dos fatores mais estudados sido a gestão da idade [GI] nas organizações.

Na definição do conceito de GI, salienta-se que os fatores relacionados com a idade

devem ser tidos em consideração na gestão quotidiana, principalmente na organização do trabalho e nas tarefas individuais, de modo, a que toda as pessoas, independentemente da sua idade, se sintam capacitadas para o alcance dos seus próprios objetivos bem como dos da empresa (Ilmarien, 2008). Esta gestão, segundo Ilmarien (2008) assenta em oito pressupostos base: uma melhor consciencialização sobre o envelhecimento; atitudes justas em relação ao envelhecimento; GI como função e dever fundamentais dos gestores e supervisores; integração da GI na política de recursos humanos; promoção da capacidade de trabalho e da produtividade; aprendizagem ao longo da vida; formas de trabalho compatíveis com a idade; transição segura e digna para a reforma.

A gestão da idade, focada na promoção dos recursos individuais e na aprendizagem intergeracional, utiliza uma abordagem assente no percurso de vida, criando oportunidades iguais para todas as gerações, tendo-se mostrado um fator positivamente relacionado com a redução de estereótipos negativos de que estes trabalhadores mais velhos eram alvo e com a melhoria do desempenho global destes últimos (Ciutiene & Railaite, 2014).

A UE-27 tem então feito recomendações aos Estados Membros no sentido de implementarem medidas nos sistemas de proteção social que pretendem, sobretudo reforçar a empregabilidade dos trabalhadores mais velhos, através da: fomentação do investimento das empresas na sua formação profissional; revisão do acesso à reforma antecipada, limitando-o; promoção da reforma progressiva e do trabalho a tempo parcial e por fim a adaptação de modalidades de transição para a reforma às novas realidades demográficas (Pestana, 2004).

As estratégias de intervenção definidas visam, de forma lata, combater e contrariar situações de isolamento social ou pobreza entre os mais velhos, e visam a promoção da integração e participação ativa dos mais velhos nas variadas esferas sociais (ENEAS, 2017). Esta participação faz referência ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas mais velhas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio, tendo como objetivo principal o bem-estar, um conceito holístico que contempla todos os elementos e componentes da vida valorizados pela pessoa. Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável aqui centra-se como sendo o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas mais velhas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (World Health Organization, 2015).

Estas estratégias, ao nível da educação e formação profissionais permanentes, direcionam-se e postam na igualdade no acesso e participação nos sistemas de educação,

formação e desenvolvimento de competências, de forma a que seja possível aos indivíduos mais velhos (re)ingressar, de forma plena, no mercado de trabalho e em condições adequadas. No que respeita às condições de trabalho saudáveis e adequadas, a EU-27, assume como sendo fundamental a promoção de condições e ambientes de trabalho propícios à manutenção da saúde e do bem-estar dos trabalhadores que possam, assim, garantir a sua empregabilidade ao longo da vida. Quando a atenção recai sobre as estratégias de gestão etária, as recomendações feitas centram-se na necessidade de adaptar as carreiras e as condições de trabalho às necessidades dos trabalhadores atendendo assim às diferentes exigências decorrentes do processo de envelhecimento de que estes são alvo. Em concreto, esta medida visa a criação de condições para prematurar a saída do mercado de trabalho através da reforma antecipada (Freitag, Ohtsuki, de Araújo Ferreira, Fischer, & Almeida, 2008).

Relativamente aos serviços de emprego afetos aos trabalhadores mais velhos, a EU-27 define como sendo fundamental aconselhar, colocar e apoiar a integração e a reintegração dos trabalhadores mais velhos que optem por permanecer no mercado de trabalho em prol da aposentação. Estas recomendações propõem a revisão dos sistemas fiscais e de prestações sociais, de forma a garantir que o trabalho seja gratificante monetariamente (tanto a nível salarial como ao nível de apoios e benefícios) para os trabalhadores mais velhos, assegurando, simultaneamente, um nível de prestações adequado.

No que concerne à transmissão de experiência, consideram ser crucial a definição de métodos de capitalização dos conhecimentos e aptidões dos trabalhadores mais velhos, nomeadamente através de sistemas de tutoria (*mentoring*) e da constituição de equipas com idades diversificadas (Freitag *et al*, 2008). Isto iria promover uma cooperação entre o trabalhador e a chefia, bem como entre os trabalhadores de faixas etárias diferentes, podendo juntos, criar um melhor equilíbrio no local de trabalho e reforçar a capacidade de trabalho, através da partilha de conhecimentos e responsabilidades (Ilmarien, 2008). Estas experiências de aprendizagem positiva no emprego ao longo da carreira profissional, tendem a reduzir o número de barreiras à aprendizagem de coisas novas, sentidas pelos trabalhadores mais velhos, e permitem a correção de atitudes negativas por vezes por estes demonstradas (Ilmarien, 2008).

1.3. Gestão de Recursos Humanos e Práticas de Gestão de Carreiras

Os estereótipos condicionam todo o comportamento do indivíduo mais velho, influenciando a sua maneira de pensar e de se ver a si próprio como um ser que tem necessidades, qualidades e potencialidades. Para Wick *et al* (2000), os estereótipos traduzem

uma percepção automática, não adaptada à situação, reproduzida sem variantes, segundo um padrão bem determinado e pode ser positivo ou negativo e são vários os que estão associados aos idosos e ao envelhecimento, como é comum ouvir-se que os trabalhadores com mais de 50 anos já estão “velhos para trabalhar”.

Num estudo internacional realizado em França (Étude Européene, 2009), metade dos dirigentes das organizações inquiridos, consideravam que um trabalhador era “velho” entre os 45 e os 55 anos. De forma semelhante, Centeno (2001) corrobora com esta opinião quando refere que os trabalhadores com 45 a 54 anos se encontram numa situação híbrida entre o verdadeiro trabalho assalariado, o desemprego e a reforma, uma vez que estes, por um lado são considerados como sendo demasiado velhos para exercício de funções, mas por outro, são rotulados como “ativos normais, no pleno sentido do termo, ainda considerados demasiado jovens para terem acesso aos dispositivos legais de aposentação”, criando aqui uma ambiguidade.

Em 2008 Armstrong-Stassen realizou um estudo empírico com o objetivo de avaliar iniciativas de adoção de práticas de gestão voltadas para profissionais mais velhos. De acordo com os resultados, cerca de 50% dos profissionais inquiridos alegaram a existência de falta de interesse dos empregadores na adoção de práticas eficazes para a promoção do envelhecimento dentro da organização.

Assim, e de acordo com as conclusões do autor, as organizações estavam cientes dos desafios que o envelhecimento da população ativa trouxe, contudo seriam poucas as que desenvolviam planos de ações para este. Já noutra estudo efetuado por Znidarsic e Dimovski em 2009, que pretendiam conhecer a visão dos gestores de RH da Eslovênia sobre as práticas de gestão da idade adotadas nas empresas, foi possível apurar que estas ainda estariam na sua fase embrionária, uma vez que não existiam indícios de estratégias direcionadas para a manutenção, formação e recrutamento de trabalhadores mais velhos.

Assim, o conjunto de estereótipos negativos e o conjunto de práticas discriminatórias formado pelas crenças da sociedade face a determinado grupo, conduz a inúmeras barreiras sociais, sendo necessário o desenvolvimento e implementação de medidas interventivas neste campo, que visem a uma valorização, estimulação e integração do profissional em idade mais avançada, de forma a alterar a forma como este se percebe (Bennett & Gaines, 2010).

A promoção do envelhecimento organizacional não caminha a par com a obrigatoriedade de permanência na vida ativa, mas ajuda na criação de condições para que um número cada vez maior de trabalhadores nos segmentos mais envelhecidos (>55) possam escolher manter-se ativos, de forma a que uma maior longevidade pessoal se traduza numa

maior longevidade profissional. Para que tal aconteça, é necessário que as organizações adotem uma gestão que fomente um envelhecimento pessoal e profissional enriquecido (Ferreira & Silva, 2012).

Storey (2007) define a Gestão de Recursos Humanos como sendo “uma abordagem que procura alcançar uma vantagem competitiva através do desenvolvimento estratégico de uma força de trabalho altamente capaz e empenhada, usando um conjunto integrado de técnicas culturais, estruturais e pessoais”.

As abordagens em torno desta temática da GRH têm vindo a evoluir ao longo dos anos, estando sujeitas à influência dos ambientes político-sociais, sendo que atualmente se assiste a uma abordagem mais flexível, dando à GRH um carácter mais social, através da avaliação e análise das necessidades das organizações em conjunto com as características individuais dos colaboradores (Silva, Veloso & Silva, 2017).

Esta forma de gestão, aposta na adoção de práticas que visam garantir que, do ponto de vista da organização, se obtém dos recursos humanos a conformidade aos objetivos considerados legítimos da organização e que os interesses da organização se encontram alinhados com os objetivos e motivações dos colaboradores (Walsh, Scharf & Keating, 2017). Práticas como as compensações (o sistema de recompensas que a organização possui reconhece e premeia os colaboradores que mais contribuem) e a formação e o desenvolvimento (a organização acredita que a formação contínua e o desenvolvimento das competências é de extrema importância) podem ser identificadas como fatores que influenciam positivamente o empenhamento destes profissionais (Jayasingam, Govindasamy, & Singh, 2016).

Neste seguimento, Kanfer e Ackerman (2004) defendem que com o passar dos anos, os trabalhadores contêm e dominam uma variedade de conhecimentos gerais, que podem ser uma mais-valia para a organização e para a formação dos mais jovens, mas que em contrapartida uma das limitações mais significativas que se verificam neste cenário, é por exemplo, a deterioração da capacidade física. Tendo isto em conta, as práticas utilizadas necessitam ser diferentes e individualizadas, permitindo a maximização dos ganhos e das capacidades intactas e a minimização das perdas dos trabalhadores mais velhos.

Wright, Gardner, Moynihan, Park, Gerhart e Delery (2001) argumentam que as preferências e as perceções da qualidade das PGRH dos trabalhadores mais velhos influenciam as atitudes e comportamentos dos mesmos, sendo que estas podem e devem ser utilizadas como uma ferramenta de GRH para motivar e reter os trabalhadores mais velhos, podendo assim, ser uma forma de se lidar com os desafios criados pelo envelhecimento da população ativa sem descurar a satisfação (Peeters, Emmerik, Kooij, de Lange, Jansen & Dijkers, 2008). Nesta

mesma linha de pensamento, Korziluis, Van der Heijden, Emans e De Lange (2017) sustentam que a gestão deve focalizar nas necessidades específicas dos trabalhadores de faixa etária mais elevada, garantindo o seu *engagement* e satisfação laboral, uma vez que se espera que um trabalhador satisfeito seja mais produtivo (Pina e Cunha, Rego, Campos e Cunha, 2007).

1.3.1 Diferenças entre homens e mulheres no panorama português

A OMS defende que o envelhecimento ativo se encontra dependente de uma multiplicidade de fatores, que envolvem indivíduos, famílias e sociedade (OMS, 2005). Um desses fatores é o género, fazendo parte dos determinantes pessoais. Partindo da compreensão, mais ou menos generalizada, de que as representações sociais sobre a maturidade estão estreitamente ligadas às questões de género, esta categoria passa a ser entendida como crucial para o estudo das experiências em relação ao envelhecimento, uma vez que as características específicas associadas ao facto de ser mulher ou ser homem mantêm-se, e nalguns casos até se acentuam, com a velhice (Korim, 2001).

Segundo dados relativamente recentes do INE (2017), sobre a população residente, existem 2407.33 mulheres acima dos 50 anos e 1917.82 homens, podendo verificar-se que o número de homens e mulheres é bastante similar entre as faixas etárias dos 50 aos 74 anos, verificando-se uma desigualdade de percentagem acentuada quando observamos as faixas etárias acima dos 74 anos.

Entre a faixa etária dos 75-79 anos, em 2017, a população feminina estava situada nos 247.075 enquanto que a dos homens estava nos 178.769. Quando a atenção recai sobre a faixa etária dos 80-84 anos, a média da população feminina estava nos 213.680 bastante maior quando comparada com a população masculina que apresentava 134.648. A população acima dos 85 anos apresenta uma disparidade igualmente acentuada no que concerne ao género, sendo que a média da população feminina para este grupo etário estava situado nos 197.972 e a média da população masculina nos 93.606 (INE, 2017).

Estes dados permitem-nos concluir que a população portuguesa é uma população maioritariamente envelhecida com predominância do sexo feminino, sendo a esperança média de vida das mulheres superior à dos homens, em todos os escalões etários.

No entanto, estudos como o de Cupertino, Rosa & Ribeiro (2007), permitem-nos aferir que a proporção de vida que as mulheres podem esperar viver sem qualquer tipo de incapacidade é inferior à dos homens, existindo um acréscimo desta diferença com o passar da idade.

A mesma autora constatou a existência de algumas diferenças quanto ao modo de viver o processo de envelhecimento, sendo que homens e mulheres distinguem-se em alguns aspectos tais como a forma como estes percebem o seu estado geral de saúde, uma vez que os homens evidenciam menos problemas de saúde do que as mulheres; a percepção geral de saúde, dado que os homens tendem a perspetivar índices mais elevados de qualidade de vida do que as mulheres; na aceitação das alterações físicas, sendo possível afirmar que, segundo este estudo, na sua generalidade, as mulheres manifestam mais dificuldades em aceitar certas modificações que o avanço dos anos provoca, quando comparadas com os homens.

No que concerne aos aspetos referentes à percepção do envelhecimento bem-sucedido, à tranquilidade e satisfação, ao grau de satisfação com as relações interpessoais, à satisfação com o suporte social e ao sentimento positivo com a vida, homens e mulheres parecem aproximar-se, uma vez que evidências empíricas sugerem a inexistência de diferenças significativas, sendo estes aspetos percebidos de igual forma por ambos (Cupertino *et al*, 2007).

1.4. Envelhecimento no Sistema Nacional de Saúde

Uma vez que a população deste estudo pertence ao setor da saúde, é importante, referir que, ao longo das últimas décadas é notório um aumento muito significativo de médicos e enfermeiros inscritos nas respetivas Ordens profissionais, sendo que entre a década de 1970 e 2018, a OM passou de 8156 membros para 54450 (Pordata, 2018).

No que se refere às questões de género, segundo os dados do INE de 2017, da população total dos profissionais de medicina 23.524 são do sexo masculino e 28.413 são pertencentes ao sexo feminino (INE, 2018).

Os médicos portugueses constituem um grupo profissional globalmente envelhecido, uma vez que 54% da sua população tem mais de 50 anos, sendo que o escalão etário entre os 50 e os 59 anos concentra 30% de todos os profissionais. Em contrapartida, o escalão etário dos 40 aos 49 anos representa apenas 15% do total dos profissionais, consequência de um período de fortes restrições no acesso aos cursos de Medicina verificado nos anos 80 e 90 (Duarte, Costa, Loureiro, Nunes & Peixoto, 2013).

Dados recentes disponibilizados pela Ordem dos Médicos, informam que existem 4969 médicos na faixa etária dos 56-60 anos, 7415 médicos na faixa etária dos 61-65 anos e 10379 com mais de 65 anos, o que representa um número bastante significativo quando comparado com as faixas etárias inferiores (PORDATA, 2018). Se forem considerados apenas os profissionais a exercer funções no SNS, dados da mesma fonte indicam que entre 1985 e 2010, o número de médicos aumentou de 21 275 para 24 710 (PORDATA, 2012), apresentando esta

população uma estrutura igualmente envelhecida, com os escalões com mais de 50 anos a representar 43% do total destes profissionais (Duarte *et al*, 2013).

Outro dado relevante referente à demografia destes profissionais face às especialidades, indica-nos que apesar de se ter verificado e registado um incremento no envelhecimento da maioria das especialidades hospitalares, apenas 14 delas registam um peso dos profissionais com mais de 50 anos no total dos especialistas superior a 50% (Duarte *et al*, 2013). O cenário inverte-se completamente nas especialidades extra-hospitalares, como o caso da Medicina Geral e Familiar e a Saúde Pública, a manifestarem taxas de envelhecimento em 2011 de 75% e 86%, respetivamente, de onde se retira que a capacidade de renovação nesta área não atinge os 20%, a par das especialidades de Estomatologia e Patologia Clínica (Duarte *et al*, 2013). No estudo de Ferreira (2008) com uma amostra de médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos em exercício de funções no HSA (Hospital de Santo António, Porto) e no HSJ (Hospital de São João, Porto), teve como objetivo avaliar o nível de satisfação no trabalho, a identificação de fatores motivacionais no exercício da atividade profissional e a auscultação dos trabalhadores destes face às políticas que serão necessárias para adotar o prolongamento temporal da sua atividade.

Os resultados de estudo determinaram que estes trabalhadores assumem uma posição positiva e proveitosa em relação à reforma. E, no caso da valorização do conhecimento e experiência dos profissionais em idade avançada, consideram que deveria ser passível de reconhecimento. No caso das expectativas e aspirações futuras, envelhecimento ativo ou reforma, a necessidade de criação de diversas equipas etariamente equilibradas foi fortemente descrita por estes profissionais.

Ferreira (2008) considera ainda ser de grande relevância, o incentivo à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, afirmando que esta deve ser acompanhada de condições de trabalho adequadas e da valorização da experiência, de forma a poderem continuar a contribuir com o seu conhecimento, noutros setores de atuação.

Realça-se um estudo qualitativo realizado num hospital público no Brasil por Barros, Jardim, Lancman, Ratier e Sato (2017) acerca do processo de envelhecimento no trabalho que indica que os participantes destacaram aspetos positivos nesta inter-relação envelhecimento/trabalho como a obtenção de experiência, o conhecimento e a maturidade. Ao longo dos anos das suas carreiras, foram-se adaptando às novas técnicas e equipamentos. E, ao envelhecer no trabalho proporciona maior construção e solidificação de vínculos a longo prazo. De forma negativa, foi focado essencialmente, a consciência da diminuição da capacidade aeróbia, força, flexibilidade e agilidade.

Da revisão efetuada, verifica-se que em Portugal são poucos os estudos sobre o envelhecimento ativo com a classe médica acima dos 55 anos e, na sua maioria, trata-se de estudos quantitativos. Dado que o processo de envelhecimento e, especificamente, o envelhecimento ativo é um fenómeno complexo e diversificado, considera-se pertinente obter informação sobre as experiências pessoais de quem está a vivenciar o fenómeno (Silverman, 2011), ou seja, compreender o fenómeno pela voz de quem o experiencia. Tal só é possível através da metodologia qualitativa, (Silverman, 2011) que permite maior profundidade na compreensão da experiência de envelhecimento e ter acesso a dados mais ricos e detalhados em termos de significado. Assim, identifica-se a necessidade de desenvolver estudos qualitativos neste âmbito, surgindo o presente estudo no sentido de colmatar esta lacuna.

1.5. A saúde pública e privada

O que caracteriza um sistema de saúde, é objeto de controvérsia. O marco da OCDE (1987) estabeleceu uma importante “classificação tricotómica dos sistemas de saúde e nos serviços de saúde, seguro social e tipos de seguros privados” (Freeman & Frisina, 2010, p.12), onde o principal critério de classificação corresponde ao modelo de financiamento.

Na classificação de um sistema de NHS define-se como um plano de seguro de pagamento único financiado através de tributação. Os limites de classificação tricotómica conduzem a diversas propostas de classificações alternativas, geralmente com um maior número de categorias.

Bohm *et al.* (2013) uniu 27 categorias definidas por Wendt *et al.* (2009) através do uso de três dimensões principais do sistema de saúde, como a regulamentação, financiamento e provisão de serviços, em cinco tipos de sistemas plausíveis: Serviço Nacional de Saúde, Seguro Nacional de Saúde, Saúde Social Seguros, Seguro Social de Saúde Estatista e Sistema Privado de Saúde.

Mais recentemente, Toth (2016) associou cinco tipos de modelos de financiamento: seguro voluntário, seguro social de saúde, programas residuais, seguro de saúde e do sistema universalista, com a integração ou separação de seguradoras e fornecedores de serviços para criar uma classificação de sistema de saúde de 10 categorias, onde os sistemas NHS são definidos como um sistema integrado de seguro de pagamento único, cobrindo todos os residentes, financiado através de tributação.

Na prática, nos sistemas de NHS nem todos os profissionais de saúde estão nas organizações do setor público e pode-se identificar diferentes formas de participação de

prestadores de serviços de saúde não públicos nestes sistemas de saúde. Existe, assim, uma forma de separação entre o fornecedor universal público e único e as organizações que prestam serviços de saúde, a qual é uma característica dos sistemas existentes no NHS.

Podem ser empresas do setor público, ou privado para fornecedores de lucro, mas também pode incluir organizações sem fins lucrativos do terceiro setor, como as instituições de caridade, cooperativas ou empresas sociais (Allen *et al.*, 2011).

Em Portugal, compreende-se os principais desafios enfrentados por organizações privadas de saúde, e, considera-se os fatores que determinam a concorrência entre operadores privados, como a reputação, excelência clínica, tecnologia, preço e atendimento ao cliente, bem como a satisfação. A satisfação inclui a qualidade intrínseca dos serviços prestados, e igualmente o cuidado, simpatia e personalização da dedicação demonstrada pelos profissionais de saúde, design, conforto e disposição das instalações (Ringard *et al.* 2013). A satisfação dos clientes pode e deve ser entendida no contexto dos cuidados de saúde baseados em valores e, estendendo-se aos resultados / ganhos em saúde.

2. Método

2.1. Objetivos e questões de investigação

O presente trabalho pretende contribuir para a reflexão acerca da situação da população médica mais envelhecida, identificando as suas necessidades atuais e as expectativas relativamente ao futuro. Neste sentido, procura-se compreender o modo como estes profissionais vivem o seu quotidiano e se o seu envelhecimento se enquadra no conceito de envelhecimento ativo. A pertinência do tema decorre do aumento da esperança média de vida em Portugal e da importância do envelhecimento ativo referenciado na literatura para a manutenção da independência, da autonomia e da qualidade de vida do sujeito na realização da sua atividade profissional. Desta forma, procura-se com o presente estudo contribuir para o enriquecimento do tema tanto a nível teórico (conhecimento sobre o processo de envelhecimento ativo nos profissionais médicos) como prático (identificação de práticas promotoras vs. adversas ao envelhecimento), bem como promover a consciencialização sobre a importância do envelhecimento ativo na classe profissional médica e, conseqüentemente, das possíveis implicações nos serviços de saúde.

Para tal, colocam-se as seguintes questões de investigação que orientarão a análise:

Q1: Como é que os profissionais médicos vivenciam o processo de envelhecimento na sua prática profissional atual?

Q2: Os profissionais médicos experienciam e/ou têm condições para um envelhecimento ativo nas instituições onde trabalham?

Q3: Como é que os profissionais médicos do sistema de saúde público e os profissionais dos sistemas de saúde privados percebem as práticas de envelhecimento ativo do local onde trabalham?

Q4: Como é que os profissionais médicos do sexo feminino e do sexo masculino percebem as práticas de envelhecimento ativo no local onde trabalham?

2.2. Participantes

Considerando os objetivos acima descritos, o estudo inclui 6 profissionais médicos, selecionados de acordo com dois critérios de inclusão: (i) Idade superior a 55 anos; (ii) a exercer funções na sua área de atuação.

Para obter maior variabilidade e conseguir dados de comparação, procurou-se incluir profissionais do sexo masculino e do sexo feminino, bem como profissionais que exercessem ainda funções em diferentes sistemas de saúde – público *versus* privado (cf. tabela 1).

Tabela 1 – Características dos participantes

Profissional	Sexo	Sistema de Saúde onde trabalha	Idade	Especialidade
1	Feminino	Público	56 anos	Medicina Interna
2	Masculino	Privado	65 anos	Oftalmologia
3	Feminino	Privado	57 anos	Psiquiatria
4	Masculino	Privado	64 anos	Medicina Geral
5	Masculino	Público	57 anos	Ortopedia
6	Feminino	Público	68 anos	Medicina familiar

2.3. Instrumento

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, realizada especificamente para o presente

estudo. A entrevista abordou a descrição das atividades profissionais diárias, a forma como experienciam o processo de envelhecimento, as condições de trabalho que podem favorecer o envelhecimento ativo e a identificação de necessidades de mudança ao nível laboral para promover o envelhecimento ativo. A entrevista foi administrada individualmente, tendo-se pedido a cada participante que respondesse de forma mais detalhada possível, para se obter dados ricos que permitam uma análise mais aprofundada.

2.4. Procedimento

Para aceder aos participantes utilizaram-se contactos informais e a estratégia de recrutamento *snowball*. Foi obtido o consentimento informado dos participantes, garantindo-se o seu anonimato, bem como a alteração/omissão de qualquer dado ou relato que pudesse levar à sua identificação. As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, mas fora do seu horário laboral. Tiveram uma duração média de 30 minutos, tendo sido gravadas e transcritas na íntegra, de modo a manter a integridade dos dados.

2.4. Metodologia de Análise

A Análise de conteúdo é uma técnica que permite fazer inferências válidas dos relatos dos participantes, permitindo relacionar os dados e os resultados com o contexto onde foram fornecidos (Bengtsson, 2016). Trata-se de uma abordagem sistemática e rigorosa que permite inferir dos dados verbais dos participantes do presente estudo a sua descrição/experiência do fenómeno do envelhecimento ativo. Tendo o presente estudo um propósito de natureza descritiva e exploratória, utilizou-se a análise de conteúdo numa lógica indutiva, ou seja, o processo de codificação foi baseado nos dados, sem ideias ou categorias *a priori*, fazendo com que surgissem novas ideias e conclusões a partir dos relatos dos participantes, permitindo a criação de novos conhecimentos sobre o fenómeno em estudo (Bengtsson, 2016; Erlingsson & Brysiewicz, 2017).

No sentido de garantir o rigor e validade da análise, procedeu-se à descrição detalhada do processo de análise de conteúdo efetuado, seguindo-se os passos e procedimentos sugeridos por Erlingsson e Brysiewicz (2017): Leitura e releitura das entrevistas para se poder obter uma compreensão global dos relatos dos participantes e começar a obter algumas ideias iniciais para a codificação; Divisão do texto em unidades de significado (a unidade de análise utilizada foi o significado, a ideia explícita no relato); Rotulação/nomeação das unidades de significado,

condensando-as em códigos e agrupando-as em categorias. Depois das unidades de significado condensado estarem codificadas, obteve-se uma imagem global e foi possível proceder à identificação de padrões nos códigos, organizando-se os códigos em categorias. Procurando compreender a experiência dos participantes sobre o fenómeno, tentou-se chegar a categorias com algum nível de abstração para relatar os resultados.

Por fim, redefiniram-se as categorias iniciais, revendo-se as definições e “nomes” para cada categoria, procurando designações concisas de modo a proporcionar sentido ao conteúdo das categorias.

É de referir que a análise de conteúdo, como toda análise qualitativa, é um processo reflexivo. Não há uma progressão linear na análise, mas cíclica, tratando-se de um processo contínuo de codificação e categorização, regressando aos dados brutos para refletir a análise inicial e verificar/reajustar a codificação, de forma a que as categorias façam sentido. Para que tal fosse concretizado, verificou-se a lógica das unidades de análise inicial, a coerência entre as unidades e códigos de significado condensado, assim como a congruência entre os códigos e a categoria a que pertencem.

Recorreu-se ao *software Nvivo11* para o processo de organização e codificação dos dados. Há que referir ainda que, para a categorização em si, respeitaram-se as seis regras da codificação da análise de conteúdos (Amado, 2000): (i) Exaustividade - cada categoria abrange por completo todas as unidades que ali cabem; todo o relato dos participantes é abrangido no sistema de categorias; (ii) Exclusividade - as categorias são mutuamente exclusivas; (iii) Homogeneidade - o sistema de categorias restringe-se a um único tipo de análise, não se podem misturar diversos critérios de classificação; (iv) Pertinência: o sistema de categorias é adaptado ao material em análise e aos objetivos da investigação; (v) Objetividade - utilizaram-se critérios bem definidos para a criação das categorias (os códigos); e (vi) Produtividade - a categorização assenta numa análise produtiva, criativa, adequada e coerente com os dados.

A validação dos resultados constituiu uma outra etapa, no sentido de se assegurar a confiança e validade dos resultados. Para tal, recorreu-se a um co-codificador na análise do material recolhido. Selecionou-se aleatoriamente cerca de 35% dos dados (2 entrevistas) e auxiliamo-nos de um co-codificador para codificar os dados seguindo a grelha de codificação do codificador responsável. No final, procedeu-se ao cálculo do índice de validade conforme a fórmula apresentada por Vala (1986), $F = 2 (C1, 2) / C1 + C2$. Divide-se o número de acordos entre codificadores pelo total de categorizações efetuadas por cada um. Obteve-se um índice de fidelidade de .79, sendo considerado um nível de acordo satisfatório (Amado, 2000), viabilizando a codificação obtida.

2.6. Descrição e análise dos resultados

Com vista a um maior entendimento dos resultados, a sua apresentação seguirá as questões de investigação que orientaram o estudo.

Q1: Como é que os profissionais médicos vivenciam o processo de envelhecimento na sua prática profissional atual?

Da análise dos dados, verifica-se que os profissionais médicos relatam vivências de envelhecimento positivas e negativas. De forma positiva, salientam maioritariamente o facto da idade acarretar mais experiência e conhecimento (P1: *Algumas das vantagens do envelhecimento laboral são, a experiência profissional, a perícia na prestação de cuidados, o conhecimento adquirido, o conhecimento da própria organização e uma maior facilidade atual para a pesquisa de literatura o que permite a evolução de cada um e contribui para melhores cuidados*; P2: *Ora, como médico não envelheço, amadureço! Fico mais experiente*. P6: *Ser uma profissional mais velha traz uma experiência que deve ser valorizada.*), bem como uma imagem mais credível e maior nível de confiança por parte dos doentes (P3: *Tenho doentes que estão comigo há anos e, mesmo os mais novos, acabam por confiar mais numa psiquiatra que tenha experiência e uma carreira já alicerçada*; P6: *Os doentes têm tendência a confiar mais facilmente nos profissionais mais velhos, exatamente pela questão da experiência*).

Referem a motivação e o prazer que retiram da sua atividade profissional, salientando que continuam a exercer por gosto e satisfação pessoal (P2: *Trabalho porque gosto. Estou ocupado e sinto-me útil. Claro que fisicamente estou bem e trabalhar faz-me bem psicologicamente*; P5: *Sinto-me concretizado no meu trabalho e talvez seja esse o fator X que me permite continuar a estudar e a exercer as minhas funções*). Por fim, comparativamente aos jovens, reconhecem que a idade lhes permitiu melhores condições laborais, principalmente em termos de estabilidade e segurança no mercado de trabalho (P2: *Há casos diferentes, médicos assalariados, menos motivados....*; P3: *Na verdade, as condições dos médicos no início da carreira não se comparam às nossas. E acho que os jovens precisam de mais segurança e estabilidade laboral. O que ainda não acontece.*)

Assim, verifica-se que os profissionais associam ao envelhecimento alguns aspetos positivos, tais como, essencialmente, a maior experiência e conhecimento decorrente da idade e dos anos de trabalho. Como refere Ilmarinen (2012) na Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho no âmbito do *European Year for Active Ageing and Solidarity between*

Generations, apesar da capacidade física tender a diminuir com o aumento da idade, há muitas outras funções que melhoram, entre as quais o pensamento estratégico, a perspicácia, a capacidade de tomar decisões, o comprometimento com o trabalho e a experiência profissional. No que se refere ao rendimento no trabalho, os estudos indicam que a experiência profissional compensa a diminuição de algumas competências cognitivas e das capacidades psicomotoras (Ilmarinen, 2012). Os profissionais ao relatarem vivências positivas de envelhecimento revelam este potencial, corroborando a noção de que o envelhecimento pode melhorar e fortalecer os profissionais em muitos aspetos. Na verdade, no relato dos participantes é notória a sua percepção de mestria e competência profissional decorrente dos anos de carreira e experiência.

Além desta componente positiva, os profissionais relatam também vivências negativas. A mais prevalente no relato é a menor resistência física e psicológica (P1: *O desgaste físico e emocional causado por trabalho rotativo de turnos, é outro problema que acabam por sentir mais facilmente que os trabalhadores que pertencem a uma faixa etária mais baixa*; P4: *Eu acho que é o mais alarmante do envelhecimento laboral nesta profissão, é a deterioração da atenção ao detalhe, do foco e das capacidades físicas, que é normal não serem as mesmas de quando tínhamos 30 anos. Fazer cirurgias de 5 horas já cansa muito mais a nível físico, dar 20 consultas num dia já cansa mais psicologicamente e fisicamente*; P5: *Não vou mentir e dizer que é fácil, porque não é. Os anos pesam no corpo e na mente. Quando me encontrava no auge dos meus 20 anos estudar era fácil, as noites mal dormidas não causavam transtorno. Hoje em dia pesa mais, como a responsabilidade pesa mais também.*), seguindo-se o desequilíbrio que sentem entre o que lhes é exigido e a sua capacidade de adaptação ou o que lhes é proporcionado (P4: *Na nossa profissão não nos podemos dar ao luxo de envelhecer. Temos de estar em constante evolução, temos de nos manter em constante aprendizagem. Não nos podemos dar ao luxo de ter um “mau dia” pois isso pode pôr em causa a vida ou o bem-estar de alguém, de algum utente. Em termos psicológicas, sou sincero, não é fácil, é uma profissão cansativa e esgota-me algumas vezes. Estamos sempre sob pressão constante porque a nossa profissão lida diretamente com a vida dos outros e um erro muitas vezes pode ser fatal, eu acho que com o passar dos anos, esta profissão exige um maior zelo e cuidado*; P6: *Apesar da idade, temos que estar constantemente atualizados. Esta realidade atual é muito diferente da realidade a que estavam habituados os médicos mais antigos. Esta transição torna-se, algumas vezes, difícil, já que exige formação, a maioria em horário pós-laboral. Outra dificuldade prende-se com a constante inovação tecnológica, nomeadamente a desmaterialização dos dados dos utentes, prescrições, exames...).*

Também são indicadas experiências de discriminação pela sua idade (P1: *Considero que se discriminam os trabalhadores mais velhos no local do trabalho; os mais velhos são vistos como não sendo capazes para dar resposta a alguns cuidados...*) e, por fim, a falta de reconhecimento e valorização da sua carreira (P1: *A falta de reconhecimento e da carreira acho que acaba por ser o aspeto que mais afeta*; P4: *... sentimos com o passar dos anos que somos desvalorizados, quando devia acontecer o contrário*).

Apesar da componente positiva acima descrita, não se pode negligenciar a componente negativa que os profissionais destacam, nomeadamente o desequilíbrio entre o que lhes é exigido em termos laborais e a sua capacidade de adaptação/resistência decorrente da idade, situações de discriminação, a falta de reconhecimento da carreira e, ainda, a menor resistência/capacidade física e psicológica. Assim, os resultados do presente estudo indicam que os médicos relatam vivenciar, de algum modo, umas das formas do processo de envelhecimento no trabalho descrito na literatura (Ilmarinen, 2012; Jardim *et al*, 2006): o envelhecimento natural da pessoa em relação ao trabalho, relatando as transformações decorrentes do processo natural do envelhecimento (menor resistência física e mental, maior cansaço e desgaste). Tal vai ao encontro dos resultados do estudo qualitativo de Barros e colaboradores (2017), em que os profissionais indicam como aspetos negativos do envelhecimento no trabalho a diminuição da capacidade física, resistência, flexibilidade e agilidade.

No entanto, mais do que esta forma de envelhecimento, os médicos do presente estudo fazem referência a aspetos que remetem para o processo de envelhecimento decorrente do trabalho que desempenham (Jardim *et al*, 2006), nomeadamente o excesso de exigência face à sua capacidade de resposta e resistência física/psicológica em função da idade, a falta de reconhecimento da sua carreira e a sua subvalorização/discriminação. Isto vai ao encontro da literatura que indica que os trabalhadores mais velhos se deparam com trabalhos que não se adequam às suas capacidades, sentindo que são subvalorizados e que não evoluem na sua instituição, que são alvo de discriminação e estereótipos (Van der Heijden *et al.*, 2009), considerados, por exemplo, mais resistentes à mudança e menos capazes de realizar novas aprendizagens.

Q2: Os profissionais médicos experienciam e/ou têm condições para um envelhecimento ativo nas instituições onde trabalham?

Os profissionais médicos identificam mais condições adversas ao envelhecimento ativo nas

instituições onde trabalham, apesar de também identificarem condições que podem promover o envelhecimento ativo.

Neste sentido, no âmbito das condições adversas, referem explicitamente a existência de uma política de recursos humanos desajustada (P1: *A política de recursos humanos da minha expressa é péssima, mas acaba por estar limitada pelas imposições definidas pelo governo*; P6: *Atualmente qualquer instituição é extremamente focada e orientada para os resultados. Os recursos humanos são vistos como um recurso para chegar a um fim e são poucas ou nenhuma as instituições com planos de gestão do bem-estar dos profissionais implementados*), bem como a ausência de qualquer medida efetiva que promova o envelhecimento ativo (P1: *Não vejo medidas a serem tomadas (...) Não existem políticas e práticas que zelem pelos direitos dos trabalhadores mais velhos. Aliás, não existem nem fazem por existir...*). Acrescentam ainda as condições precárias e a falta de recursos (P1: *Os recursos continuam a ser insuficientes face às necessidades dos utentes*; “P4: *... ainda temos muitas lacunas, tanto ao nível do atendimento, como ao nível do equipamento que os hospitais dispõem, como o nível salarial, como a nível do tempo principalmente*) e a carga excessiva de trabalho e de horas laborais (“P4: *Não há limite de horários, não há horários previamente estabelecidos porque posso ir ter que fazer um serviço de urgência ou posso ter que ir substituir um colega que não esteja ao serviço. E isso desgasta a nível físico e a nível emocional*).

Assim, os médicos relatam um conjunto de condições que promovem o envelhecimento decorrente do trabalho que desempenham, tal como indicado por Jardim e colaboradores (2006). A falta de condições no trabalho (instalações físicas, materiais e equipamento) e a organização desajustada da carga horária e das exigências laborais que experienciam podem atuar sobre o processo de envelhecimento destes médicos, promovendo a aceleração do declínio decorrente do envelhecimento natural (Jardim *et al.*, 2006).

Além disto, reforçado a componente adversa, verifica-se que os profissionais focam bastante necessidades de mudança, o que veicula a sua experiência das lacunas existentes nos locais onde trabalham. De entre estas, referem a necessidade de maior reconhecimento na carreira (P1: *Creio que haver um maior reconhecimento da carreira deveria ser uma medida a tomar, seria uma das medidas mais importantes, se não mesmo a mais importante. Sabermos que somos reconhecidos pelo trabalho prestado, por todo o esforço e dedicação, não tem preço! E isso, não acontece, infelizmente...*), a melhoria das condições de trabalho (P4: *As instituições têm que ajudar o médico a crescer e a “exercitar”. Se não os derem equipamentos, remuneração diferenciada, ferramentas, nós acabamos por estagnar. E acredite que um médico cansado não é nada bom!*), a utilização da experiência dos médicos para promover

conhecimento através da formação (P4: *Acho que podiam apostar em nós para a realização de cursos para os médicos recém graduados, para nos darem algum incentivo ou mesmo para nos fazer desafiar a nós mesmos, premiando-nos por isso.* P6: *Deviam usar as nossas competências e experiência para formar os mais novos. Mas é algo que nunca acontece*), o ajuste dos horários (P4: *Já era hora de nos estabelecerem um horário fixo, porque muitas vezes o trabalho por turnos e o trabalho rotativo já é cansativo para um médico jovem, imagine para nós, após tantos anos de trabalho*) e a adaptação das condições à capacidade física do médico (P1: *...acho que de maior relevância seria por uma adequação de local de trabalho aos trabalhadores mais velhos*).

Estes resultados são similares aos do estudo qualitativo de Barros e colaboradores (2017), onde os profissionais também relataram a necessidade de adequar as atividades às capacidades do trabalhar, de ter infraestruturas e equipamentos adequados e de um maior reconhecimento do trabalho e carreira dos profissionais.

No que diz respeito a condições laborais que promovem o envelhecimento ativo, os médicos destacam a possibilidade de gerirem autonomamente o seu horário e trabalho (P2: *No entanto, as instituições onde trabalho dão completa liberdade de horários, volume de trabalho, férias... premiando, com preferência de marcação, os mais capazes, dedicados e competentes. Igualmente, os médicos têm completa liberdade técnica para as suas práticas e os serviços são dotados do material mais atual e completo*), a existência de condições e recursos adequados (P2: *Claro, como deve deduzir, tudo isto motiva os profissionais - que trabalham como agrado, em boas condições técnicas, o que se torna para mim o melhor facilitador do envelhecimento ativo que conheço.* P3: *Tenho todas as condições físicas e técnicas que preciso (...)* *As condições são excelentes, bem como a parte da remuneração;* P5: *Tenho todos os equipamentos e equipa necessários para estar sempre em progressão.*), bem como políticas de recursos humanos adequadas e de incentivo ao envelhecimento ativo (P3: *Quanto mais anos e experiência mais incentivos, melhor a remuneração e os benefícios que temos – como o acesso a serviços de saúde, ginásios, lazer e bem-estar;* P5: *As práticas e políticas necessárias a adotar, na minha ótica, são as que diariamente transmito à minha equipa, tais como: a existência de salários atrativos, flexibilidade de horários, equipamentos e ferramentas de trabalho de alto nível, ações de formação continua e bom ambiente de trabalho*).

Há profissionais que referem ainda ter a possibilidade de dar formação e de ser veículos de conhecimento para as novas gerações de médicos (P5: *Sei que estou no caminho de formar bons médicos que um dia, quando tiverem a minha idade, irão exercer esta atividade com imenso*

brio e sabedoria. O facto de saber que fiz, de alguma forma, parte desse desenvolvimento, é para mim razão de motivação. Gosto de ensinar e principalmente de ser desafiado.)

É de notar que as condições promotoras do envelhecimento ativo que os profissionais relatam corroboram as indicações sugeridas pela literatura e investigação para a promoção do envelhecimento laboral ativo (Ciutiene & Railaite, 2014; European Commission, 2015; Ferreira, 2008; Ilmarinen, 2012).

Q3: Como é que os profissionais médicos do sistema de saúde público e os profissionais dos sistemas de saúde privados percecionam as práticas de envelhecimento ativo do local onde trabalham?

Constata-se que os profissionais do sistema público e os profissionais no sistema privado têm experiências de envelhecimento ativo distintas. São os profissionais do sistema público que mais referem vivências negativas de envelhecimento, em quase todas as dimensões acima referenciadas. Por seu turno, são os profissionais no sistema privado que mais relatam vivências positivas, sendo os únicos que referem trabalhar por prazer. No âmbito das vivências positivas, os médicos do sistema público são os que destacam a maior experiência e conhecimento que adquirem com a idade.

O que os profissionais do sistema público e do sistema privado descrevem de forma muito distinta são as condições institucionais com que se deparam. Apenas os profissionais do sistema público relatam condições adversas ao envelhecimento ativo, pelo que todas as condições adversas acima referenciadas dizem respeito ao sistema público. No que diz respeito às condições promotoras estas são identificadas quase exclusivamente pelos médicos do sistema privado, à exceção de um profissional do sistema público que refere a possibilidade de ter formação.

Tal como foi referido, *“Acredito que existem vários problemas que os trabalhadores mais velhos acabam por sentir. A incapacidade física para a prestação de cuidados em alguns locais do sector da saúde, nomeadamente em serviços de internamente, é uma delas.”* E, *“O desgaste físico e emocional causado por trabalho rotativo de turnos, é outro problema que acabamos por sentir mais facilmente do que os trabalhadores que pertencem a uma faixa etária mais baixa”*

A este aspeto, salienta-se que em Portugal, compreende-se os principais desafios enfrentados por organizações privadas de saúde, e, considera-se os fatores que determinam a concorrência entre operadores privados, como a reputação, excelência clínica, tecnologia, preço

e atendimento ao cliente, bem como a satisfação. A satisfação inclui a qualidade intrínseca dos serviços prestados, e igualmente o cuidado, simpatia e personalização da dedicação demonstrada pelos profissionais de saúde, design, conforto e disposição das instalações (Ringard et al. 2013). A satisfação dos clientes pode e deve ser entendida no contexto dos cuidados de saúde baseados em valores e, estendendo-se aos resultados / ganhos em saúde.

Assim, é de destacar é que são os profissionais do sistema público que mais descrevem vivências negativas do envelhecimento. *“No meu caso, depois de 10 consultas, a resistência mental não é a mesma que tinha aos trinta e tal anos. Na minha profissão ouvimos muita coisa, lidamos com o sofrimento humano e, por vezes, é difícil.”*

Portanto, considerando que estes profissionais referem um desequilíbrio entre as exigências do seu trabalho e os seus recursos individuais, como indica Ilmarinen (2012), quando o trabalho e os recursos individuais não se associam, a capacidade para o trabalho é prejudicada. Além disto, são também os médicos do sistema público que referem as condições institucionais adversas e que identificam um vasto leque de necessidades com que se deparam na sua prática profissional. Referem que o sistema público aplica uma política de recursos humanos desajustada e sem qualquer incentivo ao envelhecimento ativo, a total ausência de medidas neste sentido, a existência de condições de trabalho precárias e a falta de recursos (tanto materiais como humanos), bem como a rotação e carga horárias excessivos e inadequados para os profissionais mais velhos.

Os resultados indicam que são os médicos do sistema público que parecem estar mais vulneráveis à segunda forma do processo de envelhecimento, ou seja, ao envelhecimento decorrente do seu trabalho (Jardim *et al.*, 2006). De acordo com os participantes, *“Considero que as instituições têm que ajudar o médico a crescer e “exercitar”. Se não nos derem equipamentos, remuneração diferenciada, ferramentas, uma simples palestra por exemplo, nós acabamos por estagnar e acredite que um médico cansado não é nada bom!”*

É de realçar que as condições adversas são referidas exclusivamente pelos profissionais do sistema público, indicando situações (instalações físicas, materiais e equipamento deficitários, inadequação da carga horária e das exigências laborais) que, em vez de retardar, podem antecipar o envelhecimento natural (Jardim *et al.*, 2006). Tal é corroborado pelo facto de serem também os médicos do sistema público que mais relatam cansaço/desgaste e menor resistência física.

Adicionalmente, é também exclusivamente o grupo que exerce funções no sector público que identifica necessidades prementes nas condições institucionais em que exerce a sua

atividade, relatando que precisam: de maior reconhecimento da carreira; de possuir melhores condições de trabalho; que o sistema valorize o seu conhecimento e experiência, usando-os como promotores e veículos de aprendizagem para os novos médicos; que haja um ajuste na carga horária; e que as condições/exigência do seu trabalho sejam adaptadas aos seus recursos individuais, nomeadamente, a sua resistência física/psicológica decorrente da idade.

Por sua vez, e contrariamente, os médicos do sistema privado, embora refiram a menor resistência e o maior desgaste como potenciais efeitos da idade, reiteram ainda não se sentir afetados e que continuam a trabalhar por prazer e para se manter saudáveis. É este grupo que mais relata as vivências positivas de envelhecimento, sendo também os únicos profissionais que indicam possuir boas condições físicas e recursos adequados no trabalho. Assim, tal como a literatura indica (Jardim *et al.*, 2006), estas condições podem funcionar como fatores protetores ou de desaceleração do seu processo de envelhecimento natural. Assim, são apenas os médicos do sistema privado que referem ter condições institucionais que sustentam e promovem um envelhecimento ativo. Neste âmbito, destacam a autogestão no horário e no trabalho, condições de trabalho e recursos materiais adequados, política de recursos humanos adequada e de incentivo ao envelhecimento ativo e a possibilidade de eles próprios contribuírem para a formação e aprendizagem dos médicos mais jovens.

É particularmente pertinente e de realçar que as condições que os médicos do sistema privado referem coincidem com os défices e necessidades que os médicos do sistema público identificam. Por exemplo, enquanto os primeiros referem ter condições físicas e de equipamento adequados, os segundos falam da sua falta e necessidade no sistema público; enquanto os do sistema privado revelam que são eles que gerem a sua carga horária e nível de trabalho, contribuindo para um menor desgaste, os profissionais do sistema público vão no sentido contrário; enquanto os médicos do sistema privado relatam que as instituições onde trabalham capitalizam os seus conhecimentos e aptidões, tornando-os transmissores de experiência aos mais novos, tal como sugerido por Kanfer e Ackerman (2004), os do público salientam a falta desse canal transmissor. Concomitante, estas condições que os médicos do sistema privado destacam, são também as referenciadas pela literatura e as diretrizes dos vários organismos para a promoção do envelhecimento laboral ativo (European Commission, 2015; Ilmarinen, 2012; Serviço Nacional de Saúde, 2017).

Estas disparidades no relato dos profissionais parecem refletir as próprias disparidades entre o sistema público e o sistema privado. Segundo Bagannha, Ribeiro e Pires (2002), tem havido um menor investimento no sistema de Saúde Pública – o próprio Estado tem subvencionado o sector privado, reduzindo o investimento no público. Embora o objetivo possa

ser manter a responsabilidade pelo sistema de Saúde Público e incentivar o fornecimento de serviços de Saúde por parte do Sistema Privado (Mossicafreddo, 2000 citado por Baganha et al, 2002), verifica-se que tal pode estar a contribuir para aprofundar as assimetrias entre os dois sistemas, afetando de igual forma as condições dos profissionais de saúde.

Q4: Como é que os profissionais médicos do sexo feminino e do sexo masculino percebem as práticas de envelhecimento ativo no local onde trabalham?

Verifica-se que os homens e as mulheres vivenciam de forma diferente o envelhecimento. São as mulheres que mais referem vivências negativas de envelhecimento, sendo estas as únicas a relatar situações de discriminação (P1: *Considero que se discriminam os trabalhadores mais velhos no local do trabalho; podem também considerar, por outro lado, que já não são capazes de uma prestação tão capaz e segura*)

No que se refere às vivências positivas de envelhecimento, são também as profissionais do sexo feminino que destacam a experiência e o conhecimento que provém da idade (P1: *Com a idade vem também o conhecimento da nossa experiência; P5: A idade traz o peso da experiência e reconhecimento e isso é muito positivo*) enquanto os profissionais do sexo masculino destacam estar numa condição que lhes permite trabalhar por prazer (P2: *“Trabalho porque gosto. Estou ocupado e sinto-me útil! Claro que, fisicamente, me encontro bem (risos) e trabalhar faz-me psicologicamente bem.*).

São também as mulheres que mais relatam condições institucionais adversas, sendo as que mais identificam todas as necessidades acima descritas, bem como a ausência de medidas efetivas de promoção do envelhecimento ativo e a existência de uma política de recursos humanos desajustada e sem incentivos.

P5: *“Sabemos que somos reconhecidos pelo trabalho prestado ao longo dos anos, por todo o esforço e dedicação. não tem preço... mas não acontece, infelizmente.”*

P1: *“Até porque não vejo medidas a serem tomadas - o que não é muito positivo! Pelo menos é a minha visão.”*

P1: *“A política exercida pelos recursos humanos da minha empresa é péssima, mas acaba por estar limitada pelas imposições definidas pelo governo.”*

P1: *“Não existem políticas e práticas zelem pelos direitos dos trabalhadores mais velhos. Aliás, só não existem como nem fazem por existir! O que está tão errado! Porque acho que damos tanto ao hospital, damos tanto aos nossos doentes, damos tanto de nós em termos físicos e psicológicos.. (suspiros).. que acho que deviam ser tomadas medidas e adotadas práticas que*

nos garantissem alguma proteção e qualidade numa fase mais avançada de carreira e de vida.. mas infelizmente não existem e não acho que seja algo que tão cedo vá acontecer..”

Assim, parecem ser as mulheres que estão mais vulneráveis ao envelhecimento decorrente do trabalho que desempenham. São estas que, particularmente, referem vivências negativas de envelhecimento (menor resistência física, desgaste emocional, desequilíbrio entre as exigências laborais e as capacidades individuais), o que vai ao encontro dos resultados de Rosa (2007), indicando que são as mulheres que apresentam maiores dificuldades nas alterações que o avançar da idade acarreta e que têm uma percepção geral de saúde mais negativa.

No presente estudo, são as mulheres do sistema público que relatam situações de discriminação, não se denotando o mesmo no relato dos colegas do sexo masculino. Isto pode ser reflexo da situação de desigualdade da mulher face ao homem em várias esferas e domínios da sociedade, principalmente no âmbito laboral (Torres, 2018). Por outro lado, dado que na entrevista nunca se questionaram diretamente as diferenças de género, pode acontecer que as mulheres estejam mais atentas às questões de desigualdade, estando também mais suscetíveis à sua identificação em função da idade.

Na verdade, as questões de género têm sido alvo de análise e discussão em faixas etárias mais baixas, nomeadamente as que se situam no período reprodutivo (relações matrimoniais, filhos, trabalho), não havendo muita literatura a este respeito na fase de envelhecimento – principalmente ao nível laboral (Figueiredo et al, 2007). Excetuando a investigação que foca a percepção do envelhecimento e o impacto ao nível da saúde em função do género (e.g. Rosa, 2007), a literatura não foca exclusivamente as questões da desigualdade de género no envelhecimento ativo ao nível laboral.

Segundo Foster e Walker (2013), apesar da atenção crescente ao envelhecimento ativo, as implicações de género das estratégias de envelhecimento ativo não têm sido consideradas, referindo que a maioria das políticas e práticas quanto à igualdade de género não visam explicitamente as mulheres mais velhas. Deste modo, os resultados do presente estudo podem expressar esta omissão das questões de género no envelhecimento ativo. Se, por um lado, os profissionais do sector público são os que referem situações de maior adversidade ao envelhecimento ativo, referindo a ausência de medidas efetivas, implicitamente as especificidades de género no envelhecimento ativo também não serão consideradas. Podemos conjecturar que os resultados revelam a interseccionalidade entre de duas condições de desigualdade: a desigualdade entre o sistema público-privado e a desigualdade de género estrutural, resultando nas mulheres a trabalharem no sistema público a referirem maiores obstáculos ao envelhecimento ativo. Assim, do presente estudo resulta a identificação da

necessidade de se considerar na promoção do envelhecimento ativo a intersecção entre idade e género (Foster & Walker, 2013).

3. Conclusão

Do presente estudo conclui-se a existência de condições institucionais no sistema público que não promovem o envelhecimento ativo, salientando-se que, não só não o promovem, como o dificultam. Além disto, a vivência destas dificuldades parece afetar mais as mulheres, ou seja, são mais sentidas pelos profissionais do sexo feminino do que pelos profissionais do sexo masculino. São os médicos no sistema público (e, particularmente, as mulheres) que denunciam uma política de recursos humanos pouco adequada e sem qualquer incentivo ao envelhecimento ativo, revelando também a total ausência de medidas neste sentido.

Assim, considerando que a perceção da qualidade da PGRH influencia as atitudes e comportamentos dos trabalhadores (Gerhart *et al.*, 2000), no sistema público a GRH pode estar a funcionar como desmotivadora e promotora do afastamento/abandonado dos médicos mais velhos deste sistema, dado que parece não identificar ou não responder aos desafios criados pelo envelhecimento da sua classe profissional ativa e descuidar a sua satisfação laboral (Kooij *et al.*, 2008). Por outro lado, considerando o cenário descrito pelos profissionais do sistema privado, que é exatamente o oposto, a GRH no sistema público pode potenciar/precipitar a saída dos profissionais mais velhos, com mais experiência e conhecimentos, para o sector privado.

Paradoxalmente, o Sistema Nacional de Saúde possui uma proposta do grupo de trabalho interministerial – a estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável – onde postula que o envelhecimento ativo não se limita à promoção de comportamentos saudáveis mas que deve considerar os fatores ambientais, entre os quais os determinantes sociais, onde se incluem as condições laborais (SNS, 2017). Assim, o Ministério da Saúde, pela sua missão, tem uma responsabilidade acrescida no âmbito do envelhecimento ativo, mas, paradoxalmente, os médicos mais velhos no sistema público, sob a tutela deste ministério, parecem não ser contemplados pelo que está estipulado na proposta para a estratégia nacional de um envelhecimento ativo e saudável.

Por fim, do presente estudo, há que retirar as implicações práticas. Além de ter permitido identificar as dificuldades no âmbito de envelhecimento ativo, através da voz dos próprios profissionais que os vivenciam, também permitiu identificar áreas fundamentais que requerem mudança e transformação.

Tendo em consideração o que a literatura indica sobre a promoção do envelhecimento ativo e, especificamente, no âmbito da promoção da capacidade de trabalho dos profissionais mais velhos (Ilmarinen, 2006, 2009, 2012), as instituições devem redefinir as tarefas individuais considerando os pontos fortes, as necessidades e as capacidades dos seus trabalhadores mais velhos. Como indica Ilmarinen (2012), para se identificar as necessidades e delinear estratégias de redefinição do trabalho, é necessário questionar os profissionais acerca do que gostariam de mudar ou melhorar no seu contexto laboral.

Neste âmbito, relembram-se as necessidades prementes ao nível das suas condições de trabalho que os médicos do sistema público referem: maior reconhecimento da carreira e de possuir melhores condições de trabalho; que o sistema valorize o seu conhecimento e experiência, usando-os como promotores e veículos de aprendizagem para os novos médicos; que haja um ajuste na carga horária; e que as condições/exigência do seu trabalho sejam adaptadas aos seus recursos individuais, nomeadamente, a sua resistência física/psicológica decorrente da idade.

Assim, as necessidades referenciadas pelos profissionais do presente estudo podem constituir potenciais medidas concretas a considerar na gestão de recursos humanos no sistema de saúde público. É de notar ainda que estas necessidades e medidas que os profissionais indicam ser prioritárias, vão no sentido das diretrizes postuladas para um envelhecimento laboral ativo (European Commission, 2015; Ilmarinen, 2012; Serviço Nacional de Saúde, 2017) e dos resultados dos estudos neste âmbito (Ciutiene & Railaite, 2014). Por exemplo, a Comissão Europeia recomenda que se adaptem as carreiras e as condições de trabalho às necessidades dos profissionais, de forma a atender às exigências decorrentes do seu processo de envelhecimento. Também Ferreira (2008) realça a necessidade de capitalizar os conhecimentos e as aptidões dos trabalhadores mais velhos, tornando-os transmissores de experiência, necessidade destacada pelos profissionais do presente estudo. No mesmo sentido apontam Kanfer e Ackerman (2004), afirmando que estes trabalhadores, pelo conhecimento e experiência que têm, constituem um recurso importante para as organizações, podendo contribuir para a formação dos trabalhadores mais jovens.

Como se verificou, as necessidades de mudança, identificadas pelos profissionais, vão ao encontro das diretrizes nacionais e internacionais para um envelhecimento ativo ao nível laboral, incluindo do próprio ministério da saúde. Assim, não basta o país ter diretrizes, mas reunir condições para as implementar e de facto, implementá-las, verificando-se a necessidade de o sistema nacional de saúde começar internamente (da sua génese), promovendo e criando condições para um envelhecimento ativo dos seus próprios recursos humanos.

Referências Bibliográficas

- Additional data and suggestions for future research. *Personnel Psychology*, 54(4), 875-901.
- Allen et al. (2011) Reflections on developments in health promotion in the past quarter century from founding members of the American Journal of Health Promotion editorial board.
- Amado, J., Costa, A. P., & Crusoé, N. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Amado, J. S. (2000). A técnica da análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.
- Armstrong-Stassen, M., & Schlosser, F. (2008). Benefits of a supportive development climate for older workers. *Journal of Managerial Psychology*, 23(4), 419-437.
- Baganha, M.I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização socioprofissional. Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Disponível em <https://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- Barrett G., McGoldrick C. (2013). Narrativas do envelhecimento (in) ativo em áreas carentes de Liverpool. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 33, 347-366.
- Bassett, D. R., Toth, L. P., LaMunion, S. R., & Crouter, S. E. (2017). Step counting: a review of measurement considerations and health-related applications. *Sports Medicine*, 47(7), 1303-1315.
- Bennett and J. Gaines, (2010). Believing what you hear: the impact of aging stereotypes upon the old. *Educational Gerontology*, vol. 36, no. 5, pp. 435–445, 2010.
- Bass, S. A., Caro, F. G., Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., & Sherraden, M. (2001). Productive aging: Concepts and challenges.
- Beatty, P. T., & Visser, R. M. (Eds.). (2005). *Thriving on an aging workforce: Strategies for organizational and systemic change*. Malabar, FL: Krieger.
- Caetano, A., & Tavares, S. (2000). Tendências na mudança organizacional e tensões na gestão de pessoas.

Centeno, Luis (2001) (Coord.) “Os trabalhadores de meia-idade face às reestruturações e políticas de Gestão dos Recursos Humanos. Observatório do Emprego e Formação Profissional”, Coleção Estudos e Análises, (30).

Chapman S. (2005). Teorizando sobre envelhecer bem: construindo uma narrativa. *Canadian Journal on Aging* , 24 , 9–18.

Constança P., Ribeiro O., Teixeira L. (2012). Envelhecimento ativo: uma abordagem empírica do modelo da OMS. *Pesquisa atual em gerontologia e geriatria*, 1. 10.1155 / 2012/382972.

CIUTIENE, R.; RAILAITE, R. Age management as a means of reducing the challenges of workforce aging. *Engineering Economics*, v. 26, n. 4, p. 391–397, 2015.

Corsi M., Samek L. (2010). Políticas ativas de envelhecimento e igualdade de gênero (relatório EGGSI para a Comissão Europeia, DG Emprego, Assuntos Sociais e Igualdade de Oportunidades) . Luxemburgo: Serviço de Publicações da União Europeia.

Cunha, M. P., Rego, A., Cunha, R. C., & Cardoso, C. C. (2007). Manual de comportamento organizacional e gestão. Lisboa: Editora RH, 2007.

Cupertino, A. P. F. B., Rosa, F. H. M., & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 20(1), 81-86.

Čiutienė, R., & Railaitė, R. (2014). Challenges of managing an ageing workforce. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 156, 69-73.

Edmunds, J., & Turner, B. S. (2005). Global generations: Social change in the twentieth century. *The British Journal of Sociology*, 56(4), 559-577.

Eneas. (2017). Grupo de trabalho para a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Lisboa: Governo de Portugal.

European Commission. (2015). Demography Report. Luxembourg: European Commission.

Europeia, C. C. (2015). Relatório relativo a Portugal 2015. Acedido em <http://ec.europa.eu/europe2020/pdf>.

Evans, R. G., McGrail, K. M., Morgan, S. G., Barer, M. L., & Hertzman, C. (2001). Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging/La*

Revue canadienne du vieillissement, 20(S1), 160-191.

Fernandes, Domingos (2007). Vinte e cinco de avaliação das aprendizagens: uma síntese interpretativa de livros publicados em Portugal. In Albano Estrela (Org.), *Investigação em Educação: Teorias e práticas (1960-2005)* (pp. 261-306). Lisboa: Educa.

Fernández-Ballesteros, R., & Caprara, M. (2003). Psychology of aging in Europe. *European Psychologist*, 8(3), 129-130.

Figueiredo, L. F., Tyrrel, R., Gonçalves, C.M., Luz, B.A., Miranda, A., & Leite, N. (2007). As diferenças de género na velhice. *Revista brasileira de enfermagem*, 60 (4), 422-427.

Foster, L., & Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10 (1), 3-10.

Frederico-Ferreira, M., & Silva, C. F. R. D. (2012). Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 85-93.

Freeman, R. and L. Frisina (2010) 'Health Care Systems and the Problem of Classification', *Journal of Comparative Policy Analysis*, 12, 163–78.

Freitag, B. B., Ohtsuki, C. H., de Araujo Ferreira, M. A., Fischer, A. L., & de Almeida, K. N. T. (2014). A Gestão de Talentos no campo da Gestão de Pessoas: tema emergente?. *Revista de Administração da UFSM*, 7(4), 629-643.

Gouveia, V. V., Lima, T. J. S. D., Gouveia, R. S. V., Freires, L. A., & Barbosa, L. H. G. M. (2012). Questionário de Saúde Geral (QSG-12): o efeito de itens negativos em sua estrutura fatorial. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 375-384.

Grossin, W., & Hantrais, L. (1986). The relationship between work time and free time and the meaning of retirement. *Leisure Studies*, 5(1), 91-101.

Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., Borenstein, M., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. West Sussex, UK: Wiley.

Ilmarinen, J. (2012). Promover o envelhecimento ativo no local de trabalho. European Agency for Safety and Health at Work. European Year for Active Ageing and Solidarity Generation 2012. Disponível em [http: osha.europa.eu](http://osha.europa.eu)

Ilmarinen, J. (2009). Work Ability – a comprehensive concept for occupational health research

and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35 (1), 1-5.

Ilmaninen, J. (2006). Towards a longer worklife. Ageing and the quality of worklife in the European Union. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

INE (2019). *Classificação Portuguesa das Actividades Económicas Rev. 3*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

INE, I. (2007). *Classificação Portuguesa das Actividades Económicas Rev. 3*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

INE (2017). *Classificação Portuguesa das Actividades Económicas Rev. 3*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Jayasingam, S., Govindasamy, M., & Garib Singh, S. K. (2016). Instilling affective commitment: insights on what makes knowledge workers want to stay. *Management Research Review*, 39(3), 266-288.

Kalache, A., & Kickbusch, I. (1997). A global strategy for healthy ageing. *World health*, 50(4), 4-5.

Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (2004). Aging, adult development, and work motivation. *Academy of management review*, 29(3), 440-458.

Kaya, N., Koc, E., & Topcu, D. (2010). An exploratory analysis of the influence of human resource management activities and organizational climate on job satisfaction in Turkish banks. *The International Journal of Human Resource Management*, 21(11), 2031-2051.

Korin, D. (2001). Novas perspectivas de gênero em saúde. *Adolesc. Latinoam*, 2(2), 67-79.

Lancman, S., Sznelwar, L. I., & Jardim, T. A. (2006). Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 17(3), 129-136.

Loos, E., Haddon, L. & Mante-Meijer, E. (eds) (2012) *Generational Use of New Media*, Ashgate. Aldershot.

Lopes, A. (2010). A cultura organizacional em Portugal: de dimensão oculta a principal activo

intangível. *Gestão e Desenvolvimento*, 17, 3-26.

Machado, L. A. (2011). Liderança transformacional como componente da gestão de recursos humanos em organizações sociais.

Marín-García, J., Pi, Y., & Goldenthal, M. J. (2006). Mitochondrial-nuclear cross-talk in the aging and failing heart. *Cardiovascular drugs and therapy*, 20(6), 477-491.

Motta M., Bennati E., Ferlito L., Malaguarnera M., Motta L. (2005). Envelhecimento bem-sucedido em centenários: mitos e realidade. *Arquivos de Gerontologia e Geriatria*, 40 , 241–251.

Navarro, J. (2009). *Les députés européens et leur rôle: sociologie des pratiques parlementaires*. Nugent, N., 2010, *The Government and Politics of the European Union*, 7ª edição, Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Oliveira, J H. B (2005) *Psicologia do envelhecimento e do idoso*, Legis Editora/Livpsic, Porto
Peeters, M., van Emmerik, H., Kooij, D., de Lange, A., Jansen, P., & Dikkers, J. (2008). Older workers' motivation to continue to work: five meanings of age. *Journal of managerial psychology*.

Peixoto, H., Loureiro, A., Costa, C., Nunes, C., & Duarte, N. (2013). *Estudo de Evolução Prospectiva de Médicos no Sistema Nacional de Saúde [Relatório Final]*. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Pereira, I., Veloso, A., Silva, I. S., & Costa, P. (2017). Compromisso organizacional e satisfação laboral: um estudo exploratório em unidades de saúde familiar portuguesas. *Cadernos de Saúde Pública*, 33, e00153914.

Pestana, M., & Mendes, E. V. (2004). Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. *CEP*, 30130, 007.

Pinto, A., Ramos, S., & Nunes, S. (2015). Managing an aging workforce: What is the value of human resource management practices for different age groups of workers? *Tékhné - Review of Applied Management Studies*, 12, 58-68.

Pinto, P. F., Fernandes, A. A., & Botelho, M. A. (2007, January). Envelhecimento activo e estilos de vida saudáveis: a actividade física. In *Forum Sociológico. Série II (No. 17)*.

CESNOVA.

Pruchno R., Wilson-Genderson M., Rose M., Cartwright F. (2010). Envelhecimento bem-sucedido: influências precoces e características contemporâneas. *Gerontologist*, 50, 821-833.

Ponte, Cristina; Aroldi, Piermarco (2013). Connecting Generations. A Research and Learning Approach for Media Education and Audience Studies, *Comunicar*. 21, 41: 30 - 40.

Reker, G. T., Wong, P. T. P., Birren, J. E., & Bengtson, V. L. (1988). Emergent theories of aging. *Aging as an Individual Process: Toward a Theory of Personal Meaning*, Springer, New York, NY, 214-46.

Ringard Å., Sagan A., Sperre Saunes I., Lindahl A. K. (2013), "Norway: Health system review", *Health Systems in Transition* 15(8): 1–162.

Robson, W. B. P. (2001). *Aging populations and the workforce: Challenges for employers*. Washington, DC: British-North American Committee.

ROSA, M.J.V. (1996). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Cadernos do Jornal Público. BPI

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.

Rowe J., Kahn R. (1987). Envelhecimento humano: habitual e bem sucedido . *Science*, 237, 143-149.

Rowe JW, Kahn RL (1997). Envelhecimento bem sucedido . *The Gerontologist*, 37, 433-440.

Sato, A. T., Barros, J. D. O., Jardim, T. D. A., Ratier, A. P. P., & Lancman, S. (2017). The aging process and work: a case study in the maintenance engineering division of a public hospital in the city of São Paulo, Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 33(10).

Silva, T., Veloso, A., & Silva, I. S. (2012). Idade, emprego e gestão de recursos humanos: um estudo em PME portuguesa. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, 17(4), 218-225.

Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data: A guide to the principles of qualitative research* (4th ed.). London: Sage.

Sistema Nacional de Saúde SNS (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento activo e saudável 2017-2012: Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016). República Portuguesa: SNS.

Storey, J. (Ed.). (2007). Human resource management: A critical text. Cengage Learning EMEA.

Sweet, S., & Joggerst, M. (2008). The interlocking careers of older workers and their adult children. Center on Aging & Work/Workplace Flexibility at Boston College.

Torres, A. (2018). Igualdade de género ao longo da vida. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Vaismoradi, M., & Snelgrove, S. (2019, September). Theme in qualitative content analysis and thematic analysis. In Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research (Vol. 20, No. 3).

Van der Heijden, B. I., de Lange, A. H., Demerouti, E., & Van der Heijde, C. M. (2009). Age effects on the employability–career success relationship. *Journal of Vocational Behavior*, 74(2), 156-164.

Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81-98.

Walker A., Maltby T. (2012). Envelhecimento ativo: uma solução política estratégica para o envelhecimento demográfico na União Europeia. *Jornal Internacional de Bem-Estar Social*, 17, 117-130.

Wendt, C., Frisina, L. and Rothgang, H. (2009) ‘Health Care System Types. A Conceptual Framework for Comparison’, *Social Policy & Administration* 43 (1): 70–90.

Wick, G., Jansen-Dürr, P., Berger, P., Blasko, I., & Grubeck-Loebenstein, B. (2000). Diseases of aging. *Vaccine*, 18(16), 1567-1583.

World Health Organization. (1993). Aging and working capacity: report of a WHO study group [meeting held in Helsinki from 11 to 13 December 1991].

OMS. (2015). Organização Mundial de Saúde. World report on ageing and health. (v. 1).

Genebra, Suisse: WHO publishing.

Znidarsic, J., & Dimovski, V. (2009). Retaining older workers: Fields of action—constituting a comprehensive age management model. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 25(4).

ANEXOS

Anexos

Anexo 1: Declaração de consentimento informado



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Gestão do envelhecimento na carreira dos médicos: um estudo qualitativo

CONSENTIMENTO INFORMADO

1. Enquadramento

A presente investigação, encontra-se enquadrada no projeto de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no âmbito do mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Recursos Humanos, da Universidade Católica Portuguesa.

Este estudo visa a análise e compreensão da forma como os médicos portugueses acima dos 50 anos, percecionam as condições oferecidas pelas organizações onde exercem a sua atividade laboral, no âmbito de uma manutenção de um envelhecimento no exercício das suas funções.

A sua participação no projeto, através desta entrevista, é de extrema importância, uma vez que permitirá conhecer as suas perceções acerca das condições oferecidas pela sua organização e quais os seus impactos na gestão do envelhecimento.

Toda a informação obtida é **confidencial e anónima**.

Para que possamos aceder à sua informação, precisamos que assine de forma livre o(s) consentimento(s) informado(s) em baixo:

Aceito participar de livre vontade no estudo do projeto de dissertação para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, da Universidade Católica Portuguesa. Foram-me explicados e compreendi a pertinência e os objetivos deste projeto. Entendi ainda que toda a informação obtida ao longo da minha participação no projeto **será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório, documento ou a qualquer**

pessoa. Compreendi também que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflita qualquer prejuízo para mim.

Eu, _____, li e concordo com os termos e condições do projeto.

Consentimento para realização da entrevista

(Por favor, faça um traço sobre o local da assinatura, no parágrafo que não lhe interessar assinar)

Eu, _____, autorizo a realização da entrevista para a recolha e posterior análise dos dados do projeto.

Eu, _____, não autorizo a gravação da entrevista para a recolha e posterior análise dos dados do projeto.

Consentimento dos dados para futuras investigações

(Por favor, faça um traço sobre o local da assinatura, no parágrafo que não lhe interessar assinar)

Eu, _____, autorizo os dados da presente entrevista para futuras investigações de carácter científico a serem desenvolvidas na FEP-UCP, com as questões referentes ao anonimato asseguradas.

Eu, _____, não autorizo os dados da presente entrevista para futuras investigações de carácter científico a serem desenvolvidas na FEP-UCP, com as questões referentes ao anonimato asseguradas.

Data: ___/___/_____

Anexo 2: Dados Sociodemográficos

Dados Sociodemográficos

1. Idade:

2. Género:

3. Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado (a)
- União de facto
- Separado(a)/Divorciado(a)
- Viúvo(a)

4. N° de filhos:

4.1 Idade dos Filhos:

5. Naturalidade: _____

6. Concelho de Residência: _____

7. Habilitações Académicas:

- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Doutoramento

8. Curso que frequentou:

9. Situação do próprio na profissão:

- Trabalhador por conta própria com pessoal ao serviço
- Trabalhador por conta própria sem pessoal ao serviço
- Assalariado(a)/Trabalhador por conta de outrem
- Trabalhador familiar não remunerado
- Outra. Qual? _____

10. Escolaridade do pai:

- 1.º Ciclo do Ensino Básico
- 2.º Ciclo do Ensino Básico
- 3.º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Pós-Doutoramento

11. Escolaridade da mãe:

- 1.º Ciclo do Ensino Básico
- 2.º Ciclo do Ensino Básico
- 3.º Ciclo do Ensino Básico
- Ensino Secundário
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado

Doutorado

Pós-Doutorado

Anexo 3: Guião de entrevista semiestruturada



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Apresentação: sou estudante do mestrado em Psicologia e Desenvolvimento de Recursos Humanos, da FEP-UCP. Esta entrevista decorre no âmbito de um projeto de Dissertação.

Instruções: agradeço, desde já, a sua disponibilidade esta fase, para a recolha dos dados. Importa referir que a informação obtida é confidencial e serão acauteladas todas as medidas necessárias. Não iremos identificar em nenhum momento o nome dos participantes ao longo do projeto, por forma a assegurar o seu anonimato.

Pedia que as perguntas fossem respondidas o **mais detalhadamente possível**, de forma a ser exequível a extração da máxima informação, para uma maior e melhor recolha e discussão dos dados.

Guião de Entrevista

- 1) Poderia começar por me descrever o seu percurso académico e profissional até à data?
Como é que a medicina entrou na sua vida?

- 2) De que forma percebe o envelhecimento laboral no seu setor de atividade? Quais considera serem as principais mudanças deste fenómeno, tanto a nível físico como psicológico, no exercício da sua atividade e de que forma é que este o afeta a si e à sua categoria profissional?

- 3) Como me descreveria o seu dia-a-dia de trabalho? Quais são as condições oferecidas pela instituição/instituições onde exerce funções?

- 4) Considera que a(s) instituição/ instituições onde está inserido(a) é um elemento facilitador de um envelhecimento laboral ativo e saudável?

Isto é, considera existirem práticas e políticas que incentivem os trabalhadores com mais de 50 anos, a continuarem no seu exercício de funções e que promovam esta positiva gestão da idade (exemplo de práticas de gestão de carreira, incentivos e benefícios, programas de mentoring, entre outros)?

- 5) Se pudesse, que diferenças implementaria na(s) sua(s) instituição/instituições, a este nível? Quais considera serem as práticas e políticas necessárias a adotar para a promoção de um envelhecimento ativo?

- 6) Considera que existiria espaço na(s) instituição/instituições onde exerce, para fazer sugestões como esta? Ou alguma vez propôs estas alterações ou pensou em fazê-lo

Anexo 4: Sistema de categorias

Sistema de Categorias

1. Vivências de envelhecimento
 - 1.1. Positivas
 - 1.1.1. Mais experiência e conhecimento
 - 1.1.2. Maior motivação/trabalhar por prazer
 - 1.1.3. Maior credibilidade/confiança dos doentes
 - 1.1.4. Melhores condições do que os jovens
 - 1.2. Negativas
 - 1.2.1. Menor resistência física e psicológica
 - 1.2.2. Desequilíbrio entre as exigências e capacidade adaptação
 - 1.2.3. Discriminação
 - 1.2.4. Falta de reconhecimento da carreira
2. Condições institucionais
 - 2.1. Adversas
 - 2.1.1. Necessidades
 - 2.1.1.1. Maior reconhecimento da carreira
 - 2.1.1.2. Melhores condições de trabalho
 - 2.1.1.3. Formação – médicos como promotores de conhecimento
 - 2.1.1.4. Ajuste dos horários
 - 2.1.1.5. Adaptação das condições à capacidade física
 - 2.1.2. Gestão de recursos humanos desajustada e de incentivo
 - 2.1.3. Ausência de medidas efetivas
 - 2.1.4. Condições precárias e falta de recursos
 - 2.1.5. Carga horária e trabalho excessivo
 - 2.2. Promotoras
 - 2.2.1. Autogestão do horário e trabalho
 - 2.2.2. Condições e recursos adequados
 - 2.2.3. Gestão de Recursos Humanos adequada e de incentivo
 - 2.2.4. Dar ou ter formação

Anexo 5: Descrição do sistema geral de categorias

1. Vivências de envelhecimento (codifica/enumera todos os elementos de texto onde os participantes relatam a forma como vivenciam/percecionam envelhecimento laboral dos próprios, de forma positiva e negativa)			
Código	Designação	Fontes/Referências	Exemplos dos dados
1.1.	Positivas	6/37	
1.1.1	Mais experiência e conhecimento	5/10	<p><i>“Acho que chega a uma altura na nossa carreira em que temos o conhecimento e temos a experiência. Principalmente quando temos esta vantagem de know-how.”</i></p> <p><i>“A idade traz o peso da experiência e reconhecimento e isso é muito positivo.”</i></p>
1.1.2.	Maior motivação/trabalhar por prazer	3/12	<p><i>“Logo, ingressei a 100% na medicina privada e trabalho mais do que antes. Mas também sou mais procurado, sou mais conhecido. Até posso ficar um pouco mais fatigado no final de 30 consultas, mas no dia seguinte regresso sempre renovado.”</i></p> <p><i>“Trabalho porque gosto. Estou ocupado e sinto-me útil! Claro que, fisicamente, me encontro bem (risos) e trabalhar faz-me psicologicamente bem.”</i></p>
1.1.3	Maior credibilidade/confiança dos doentes	5/8	<p><i>“A confiança nestes profissionais (mais velhos) pode ser maior devido à sua experiência profissional”</i></p>

			<p><i>“Tenho doentes que estão comigo há anos e, mesmo os mais novos, acabam por confiar mais numa psiquiatra que tenha experiência e uma carreira já alicerçada.”</i></p> <p><i>“Além de que, os utentes têm tendência a confiar mais facilmente nos profissionais mais velhos, exatamente pela questão da experiência.”</i></p>
1.1.4.	Melhores condições do que os jovens	3/7	<p><i>“No entanto, os profissionais mais jovens podem ser monetariamente mais mal pagos...”</i></p> <p><i>“Na verdade, as condições dos médicos no início de carreira não se comparam às nossas. E acho que os jovens precisam de mais segurança e estabilidade laboral. O que ainda não acontece...”</i></p>
1.2.	Negativas	6/35	
1.2.1	Menor resistência física e psicológica	6/18	<p><i>“Acredito que existem vários problemas que os trabalhadores mais velhos acabam por sentir. A incapacidade física para a prestação de cuidados em alguns locais do sector da saúde, nomeadamente em serviços de internamente, é uma delas.”</i></p> <p><i>“O desgaste físico e emocional causado por trabalho rotativo de</i></p>

			<p><i>turnos, é outro problema que acabamos por sentir mais facilmente do que os trabalhadores que pertencem a uma faixa etária mais baixa”</i></p> <p><i>“No meu caso, depois de 10 consultas, a resistência mental não é a mesma que tinha aos trinta e tal anos. Na minha profissão ouvimos muita coisa, lidamos com o sofrimento humano e, por vezes, é difícil.”</i></p>
1.2.2.	Desequilíbrio entre as exigências e capacidade adaptação	3/6	<p><i>“Na nossa profissão não nos podemos dar ao luxo de envelhecer. Temos de estar em constante evolução, temos de nos manter em constante aprendizagem. Não nos podemos dar ao luxo de ter um “mau dia” pois isso pode pôr em causa a vida ou o bem-estar de alguém, de algum utente.”</i></p> <p><i>“Envelhecer é morrer na nossa profissão. Temos de estar sempre em constante aprendizagem.”</i></p> <p><i>“Há sempre novas técnicas, novas descobertas e se não estiver sempre a par das mudanças, sei que não vou conseguir ajudar os meus pacientes como deveria. Não vou mentir e dizer que é fácil, porque não é.”</i></p>

			<p><i>“Apesar da idade, temos que estar constantemente atualizados. Esta realidade atual é muito diferente da realidade a que estavam habituados os médicos mais antigos. Esta transição torna-se, algumas vezes, difícil, já que exige formação, a maioria em horário pós-laboral.”</i></p>
1.2.3	Discriminação	2/6	<p><i>“Considero que se discriminam os trabalhadores mais velhos no local de trabalho”</i></p> <p><i>“Podem também considerar, por outro lado, que já não são capazes de uma prestação tão capaz e segura”.</i></p> <p><i>“Eles pensam muitas vezes também que os mais velhos não têm a capacidade de adquirir o conhecimento quando comparado com profissionais mais jovens.”</i></p> <p><i>“Neste caso, a prioridade é dada aos elementos mais velhos, já que, os mais novos, encaram este tipo de mudança de forma mais intuitiva.”</i></p>
1.2.4.	Falta de reconhecimento da carreira	2/5	<p><i>“Mas a falta de carreira e de reconhecimento no mercado de trabalho acho que acaba por ser o aspeto que mais afeta.”</i></p>

			<p><i>“Existe também, na minha opinião, uma falta de reconhecimento da carreira e das funções desempenhadas que me preocupa muito.”</i></p> <p><i>Sentimos que com o passar dos anos somos desvalorizados quando devia acontecer o contrário.</i></p>
<p>2. Condições institucionais</p> <p>(codifica/enumera todos os elementos de texto onde os participantes descrevem/avaliam as condições laborais do local onde exercem a sua atividade profissional que promovem e dificultam o envelhecimento ativo e as necessidades que identificam)</p>			
Código	Designação	Fontes/Referências	Exemplos dos dados
2.1.	Adversas	3/55	
2.1.1	Necessidades	3/23	
2.1.1.1.	Maior reconhecimento da carreira	3/5	<p><i>“Creio que haver um maior reconhecimento de carreira também deveria ser uma medida a tomar. Seria uma das medidas mais importantes, se não mesmo a mais importante!”</i></p> <p><i>“Sabermos que somos reconhecidos pelo trabalho prestado ao longo dos anos, por todo o esforço e dedicação. não tem preço...mas não acontece, infelizmente.”</i></p> <p><i>“Acho que nos devia ser dada mais solidez e reconhecimento.”</i></p>

			<p><i>“Se isso acontecesse comigo, iria certamente sentir-me muito mais valorizado enquanto profissional e iria fazer com que estivesse em constante aprendizagem e evolução, sem me sentir estagnado ou já envelhecido para esta profissão...”</i></p>
2.1.1.2.	Melhores condições de trabalho	3/4	<p><i>“Acredito também que respeitar as orientações para ergonomia no local de trabalho seja algo que devia ser praticado, bem como dotar os serviços de equipamento adequado para a prestação de cuidados aos utentes.”</i></p> <p><i>“Considero que as instituições têm que ajudar o médico a crescer e “exercitar”. Se não nos derem equipamentos, remuneração diferenciada, ferramentas, uma simples palestra por exemplo, nós acabamos por estagnar e acredite que um médico cansado não é nada bom!”</i></p> <p><i>“E no serviço público é algo que acontece frequentemente. Médicos descontentes ou estagnados, porque não lhes foram dadas condições e ferramentas para evoluírem ou para serem um elemento diferenciador no meio dos</i></p>

			<i>demais.”</i>
2.1.1.3.	Formação – médicos como promotores do conhecimento	2/5	<p><i>“Ou porque não utilizar esta experiência e conhecimento para selecionar alguns profissionais para darem cursos e palestras da sua especialidade para os recém-licenciados ou mesmo para outros profissionais experientes dentro e fora do âmbito hospitalar”</i></p> <p><i>“Acho que podiam apostar em nós para a realização de cursos para os médicos recém-graduados, para nos darem algum incentivo ou mesmo para nos fazerem desafiar a nós mesmos, premiando-nos por isso, mas é algo que nunca acontece.”</i></p>
2.1.1.4.	Ajuste dos horários	3/3	<p><i>“Bem como do horário de trabalho, passando este a ser certo, fixo (não rotativo).”.</i></p> <p><i>“No sentido de nos estabelecerem um horário fixo, porque muitas vezes o trabalho por turnos e o trabalho rotativo já é cansativo para um médico jovem, imagine para nós, após tantos anos de carreira.”</i></p>
2.1.1.5.	Adaptação das	1/2	<i>“Acho que deveriam ser tomadas uma série de medidas de forma a</i>

	condições à capacidade físicas		<p><i>tentar atenuar os efeitos do envelhecimento na saúde.”</i></p> <p><i>“Acho que as de maior relevância passariam por uma adequação do local de trabalho aos trabalhadores mais velhos.”</i></p>
2.1.2.	Gestão de recursos humanos desajustada e de incentivo	3/13	<p><i>“Até porque não vejo medidas a serem tomadas - o que não é muito positivo! Pelo menos é a minha visão.”</i></p> <p><i>“A política exercida pelos recursos humanos da minha empresa é péssima, mas acaba por estar limitada pelas imposições definidas pelo governo.”</i></p> <p><i>“A qualidade de trabalho prestado devia contar mais, mas acaba por prevalecer a redução da despesa imediata.”</i></p>
2.1.3.	Ausência de medidas efetivas	3/11	<p><i>“Não existem políticas e práticas zelem pelos direitos dos trabalhadores mais velhos. Aliás, só não existem como nem fazem por existir! O que está tão errado! Porque acho que damos tanto ao hospital, damos tanto aos nossos doentes, damos tanto de nós em termos físicos e psicológicos.. (suspiros).. que acho que deviam</i></p>

			<p><i>ser tomadas medidas e adotadas práticas que nos garantissem alguma proteção e qualidade numa fase mais avançada de carreira e de vida.. mas infelizmente não existem e não acho que seja algo que tão cedo vá acontecer..”</i></p> <p><i>“Sinto que não existem medidas nem práticas de gestão de recursos humanos propostas e implementadas pelo Hospital que promovam este envelhecimento ativo.”</i></p>
2..1.4.	Condições precárias e falta de recursos	2/5	<p><i>“Eu considero que é um dos problemas do serviço público, quando comparado com o serviço privado e quando falo com colegas pertencentes ao privado, são as condições oferecidas.”</i></p> <p><i>“Nós no serviço público ainda temos muitas lacunas, tanto a nível de atendimento, como a nível de equipamentos que os hospitais dispõem, como a nível salarial, como a nível de tempo principalmente.”</i></p>
2..1.5.	Carga horária e trabalho excessivo	2/3	<p><i>“Sendo que não há limite de horários, não horários previamente</i></p>

			<i>estabelecidos porque posso ir ter que fazer serviço de urgência ou posso ter que ir substituir algum colega que não esteja ao serviço e acabo por fazer mais horas do que aquilo que devia e isso desgasta a nível físico e a nível emocional.”</i>
2.2.	Promotoras	4/42	
2.2.1	Autogestão do horário e trabalho	3/13	<p><i>“No entanto, as instituições onde trabalho dão completa liberdade de horários, volume de trabalho, férias... premiando, com preferência de marcação, os mais capazes, dedicados e competentes. Igualmente, os médicos têm completa liberdade técnica para as suas práticas e os serviços são dotados do material mais atual e completo.”</i></p> <p><i>“Como trabalho no privado, quer no hospital como no meu consultório, as condições que tenho, o horário, o número de consultas, os dias, foi tudo decidido por mim. “</i></p> <p><i>“Tenho tempo para decidir o que quero fazer e em que momento o quero fazer e sei que é uma vantagem do Privado”.</i></p>
2.2.2	Condições e recursos adequados	3/12	<i>“Claro, como deve deduzir, tudo isto motiva os profissionais - que trabalham como agrado, em boas condições técnicas, o que se torna para mim o melhor facilitador do</i>

			<p><i>envelhecimento ativo que conheço.”</i></p> <p><i>“No meu caso sim, claro. Tenho todos os equipamentos e equipa necessários para estar sempre em progressão.”</i></p> <p><i>“Não nos podemos esquecer que também a nível salarial, o facto de exercer as minhas funções numa clínica privada, é bastante motivador.”</i></p>
2.2.3.	Gestão de Recursos Humanos adequada e de incentivo	3/11	<p><i>“Além disso, há reconhecimento da carreira, quer por parte dos doentes como da instituição onde trabalho.”</i></p> <p><i>“Quanto mais anos e experiência mais incentivos, melhor a remuneração e os benefícios que temos – acesso a serviços de saúde, ginásios, lazer e bem-estar.”</i></p> <p><i>“Não há melhor promoção de um envelhecimento ativo quando temos um bom ambiente de trabalho, salário atrativo, gestão do nosso horário, condições físicas e técnicas de alto nível, benefícios ao nível de serviços de saúde e bem-estar.”</i></p>

2.2.4.	Dar ou ter formação	2/6	<p><i>“Na minha instituição há sempre incentivo no que diz respeito à aprendizagem. Grande parte da minha equipa pertence a uma faixa etária que não é a minha. Poderia tomar isto como algo negativo, mas para mim é uma motivação.”</i></p> <p><i>“Sei que estou no caminho de formar bons médicos que um dia, quando tiverem a minha idade, irão exercer esta atividade com imenso brio e sabedoria. O facto de saber que fiz, de alguma forma, parte desse desenvolvimento, é para mim razão de motivação.”</i></p>