

REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE GESTÃO DA IDADE EM GRUPOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

ESTUDO DE CASO DE MÉDICOS E ENFERMEIROS DO
DISTRITO DO PORTO

MARIANELA FERREIRA

Tese de doutoramento orientada pelo Prof. Dr. João Teixeira Lopes e
apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto



Esta tese de doutoramento foi apoiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH / BD / 49175 / 2008) e pelo Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da U. Porto, inserindo-se na linha de investigação *família, envelhecimento e género*.

RESUMO

A presente investigação centra-se na problemática associada às razões subjacentes à tomada de decisão de dois grupos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos, de duas organizações hospitalares do Porto – Centro Hospitalar de São João, E.P.E. e Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, E.P.E., ou pelo prolongamento temporal da atividade profissional ou, inversamente, pela aposentação.

Propusemo-nos conhecer as representações e as práticas destes profissionais em contexto hospitalar, face a esta questão. Procurámos analisar as relações entre idade, tempo e formas de permanência no mercado de trabalho e os processos de transição do emprego para a aposentação decorrentes do reconhecimento do importante impacto de plurais processos de transformação social evidenciados nas últimas décadas, tanto em Portugal como em outros países europeus e, concretamente, no que respeita à recomposição da estrutura etária e à alteração das dinâmicas demográficas.

O quadro teórico sustentou-se, essencialmente, no cruzamento dos contributos da sociologia do envelhecimento, da sociologia da saúde e da sociologia das profissões. Perante a vasta investigação multidisciplinar sobre o fenómeno do envelhecimento populacional e os seus efeitos em diversos domínios já diagnosticados e refletidos nas últimas décadas, interessou-nos, especialmente, analisar os desafios de profissionais do sector da saúde por reconhecermos a sua importância social e cultural no quadro geral do sistema das profissões. Além disso, não fomos alheios à atual discussão acerca da sustentabilidade económica do SNS que o coloca na ribalta da discussão política, e também às políticas públicas de saúde operadas nos últimos anos neste sector, com efeitos, nomeadamente, na gestão das organizações hospitalares e nas carreiras profissionais de medicina e de enfermagem.

Do ponto de vista técnico-metodológico, e para alcançarmos os objetivos e confirmar as hipóteses desta investigação, optámos pelo método de estudo de caso. Mobilizámos várias técnicas, desde a pesquisa bibliográfica, a entrevistas exploratórias de natureza semidiretiva a profissionais pertencentes aos dois grupos participantes no estudo, a académicos, a gestores e responsáveis dos recursos humanos do Ministério da Saúde e a especialistas dos domínios do envelhecimento e do mercado de trabalho. Aplicámos, também, um inquérito por questionário ao universo dos profissionais em

estudo que constituiu o principal instrumento de recolha de informação. A taxa de resposta foi de 62,9%.

Verificámos que, globalmente, os inquiridos pretendem prolongar a sua atividade profissional, posição sobretudo manifestada pelos médicos (78,1% *versus* 30,4% dos enfermeiros). Os resultados obtidos indicam que os principais fatores determinantes da intenção de prolongamento temporal da atividade profissional se focam na ausência de situações de discriminação face à idade, na satisfação com a organização hospitalar e com a gestão da construção da carreira profissional, na perceção de valorização pela organização hospitalar, na recusa da inatividade, na importância atribuída à ética profissional e no gosto pelo exercício da atividade. Também observámos que as principais motivações para a aposentação decorrem das consequências sentidas face às transformações legislativas no acesso à aposentação e na estruturação das carreiras profissionais.

Face a estes resultados concluímos pela necessidade de novas orientações políticas cuja tónica se centre, essencialmente, nas condições de exercício da atividade dos profissionais mais velhos através de uma maior flexibilização da repartição do tempo. Para este efeito, serão importantes fatores relacionados como a idade e a alteração de exercício de funções que assegurem sentimentos de utilidade e dignidade e contemplem o aproveitamento de capitais acumulados ao longo do curso de vida e da trajetória profissional destes profissionais.

Consideramos, assim, a necessidade de uma nova forma de perspectivar a relação entre idade, tempo e formas de permanência no mercado de trabalho, bem como os processos de transição do emprego para a aposentação, quer pelas organizações, quer pelos profissionais de saúde, face à realidade da recomposição etária e da recomposição demográfica. Este novo posicionamento pode constituir um importante contributo para a sustentabilidade e para as auto e hetero representações dos profissionais mais velhos, proporcionando, assim, melhores práticas e uma maior participação no caminho inevitável de aceitação das sociedades envelhecidas.

Pela natureza da investigação e da estratégia metodológica adotada, procuramos apontar pistas de análise para uma melhor compreensão e aprofundamento dos efeitos e das consequências da tomada de decisão destes profissionais em investigações futuras.

ABSTRACT

The present research is focused on the problematic underlying the reasons in the decision-making process of two groups of healthcare professionals, physicians and nurses aged between 55 and 65 years, from two healthcare centres in Porto – Centro Hospitalar de São João, E.P.E. and Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, E.P.E – faced with the extending of their employment time or, on the contrary, its termination by retirement.

To this end, we proposed to investigate these two professional groups' representations and practices regarding our question, in the context of their health facilities. We analysed the relationships between age, time, strategies to remain in the labour market and transition processes from employment to retirement. These processes derive from the acknowledgment of other impactful and plural changes in social transformation that have occurred in the last few decades both in Portugal and in other European countries, particularly in respect to the distribution of the population across age groups and changes in demographic dynamics.

The theoretical framework was built on the basis of contributions from areas such as Sociology of Aging, Sociology of Health and Wellness, and Sociology of Work. Considering the vast research available on the phenomenon of population ageing and its effects on multiple domains already diagnosed and studied by various disciplines in the last decades, we were specially interested in analysing the challenges health care professionals are faced with, having recognized their social and cultural importance in the general framing of professions.

Moreover, we did not evade the hodiern discussion about the economic sustainability of Portugal's National Healthcare System – on the limelight of political debate, nor about changes performed in public healthcare policies with effects, namely, on the management of health institutions and on the careers of physicians and nurses.

From a technical and methodological standpoint, to achieve our goals and the hypothesis of our case study we mobilized various techniques, ranging from literature review, early in the research process, to the conduction of exploratory, semi-structured interviews to healthcare professionals belonging to both studied groups, academics, managers of Healthcare Providers, the Ministry of Health's human resources management, and specialists in the domains of Ageing and Labour Markets. A survey

was our main data-collecting instrument, which was applied via questionnaires to the universe of professionals being studied. The response rate was 62,9%.

Through the nature of our research and chosen methodological approach we strived to point out clues that allow us to analyse, deepen and broaden our understanding of the effects and consequences of these professionals' decision-making process in future investigations.

We verified that, globally, the inquired professionals want to extend their activity, a stance mainly demonstrated by physicians (78,1% versus 30,4% of inquired nurses). Our results indicate that the main determining factors to the intent of extending one's professional activity are the absence of circumstances of discrimination towards age, overall satisfaction with the management of healthcare institutions and professional career, the perception of being valued by the healthcare institution, the rejection of retirement, the importance given to professional ethics and the appreciation for the exercise of one's professional activity. We also observed that the main drive to retire derives from the consequences felt when faced with legislative changes to the access to retirement and the restructuring of professional careers.

Faced with these results we conclude that a new political direction is needed. One that is centred, fundamentally, on the conditions afforded to older professionals in the exercise of their profession mainly through the increased flexibility in the partitioning of time. To this effect, related factors such as age and changes to roles that secure these professional's feelings of usefulness and dignity while exploiting their life's and professional trajectory's accumulated capital will be of importance.

Thus, faced with the re-composition of age groups and the demographic re-composition we deem it necessary to find a new way of forecasting the relationship between age, time, strategies of permanence in the labour market as well as transition processes from employment to retirement be it by health care institutions or by health care professionals. This stance might constitute an important contribution to sustainability and to self and hetero representations of older professionals allowing for better practices and a bigger involvement on the way to a greater acceptance of aged societies.

Through the nature of our investigation and chosen methodological approach we strived to point out clues that allow us to analyse, deepen and broaden our understanding of the effects and consequences of these professionals' decision-making process in future investigations.

RESUMÉ

Cette recherche se concentre sur les problèmes liés aux raisons qui sous-tendent les processus décisionnels des deux groupes de professionnels de la santé, médecins et infirmières âgés entre 55 et 65 ans, deux organisations hospitalières do Porto - Centre Hospitalier São João, E.P.E. et le Centre Hospitalier de Porto, Hôpital de Santo António, E.P.E. contre l'extension temporelle de l'activité professionnelle ou, à l'inverse, la sortie de la même pour la retraite.

Nous avons proposé a connaitre les représentations et les pratiques de ces professionnels dans le milieu hospitalier. Nous avons cherché donc d'analyser la relation entre l'âge, le temps et les moyens de rester sur le marché du travail et les processus de transition de l'emploi pour la retraite. Ces processus sont résultats de la reconnaissance de l'impact significatif de la pluralité de processus de transformation sociale en évidence dans les dernières décennies au Portugal et dans d'autres pays européens, notamment en ce qui concerne la restauration de la structure par âge et de l'évolution dynamique de la population.

Le cadre théorique s'est soutenu, essentiellement, à l'intersection des apports de la sociologie du vieillissement, de la santé et de la sociologie de la sociologie des professions. Avec cette vaste recherche pluridisciplinaire sur le phénomène du vieillissement de la population et de ses effets sur plusieurs domaines déjà diagnostiqués et réfléchi au cours des dernières décennies, il nous a intéressé d'analyser les défis de professionnels dans le secteur de la santé parce-qu'on a reconnu son importance dans le contexte social et culturel dans le système global de professions.

En outre, nous n'étions pas sans rapport au débat actuel sur la viabilité économique du SNS qui met à l'honneur du débat politique, les politiques de santé publique exploités au cours des dernières années dans ce secteur et leurs effets, en particulier dans la gestion des établissements hospitaliers et des professionnels des carrières la médecine et les soins infirmiers.

Du point de vue technique et méthodologique, pour atteindre nos objectifs et hypothèses de cette recherche constitué par un étude de cas, et dans ce contexte, on a mobilisé plusieurs techniques de la littérature, en particulier dans un stade précoce de la recherche, nous avons fait des entretiens exploratoires aux professionnels appartenant aux deux groupes participants à l'étude, des universitaires, des gestionnaires et des chefs

des ressources humaines du Ministère de la Santé et des experts des domaines du vieillissement et du marché du travail. Nous avons appliqué un questionnaire à l'univers des professionnels de l'étude, qui a été le principal instrument de collecte d'informations. Le taux de réponse était de 62,9%.

Par la nature de la recherche et de la stratégie méthodologique adoptée, nous avons pensé en analyser des pistes pour mieux comprendre et approfondir les effets et les conséquences de la prise de décision de ces professionnels dans des enquêtes futures.

Globalement, on a vérifié que les répondants ont l'intention de prolonger leur activité professionnelle, une position surtout manifestée par les médecins.

Les résultats obtenus indiquent que les principaux facteurs déterminants de l'intention de prolongement temporel de l'activité professionnelle se focalisent sur l'absence de situations de discrimination en vue de l'âge, sur la satisfaction avec l'organisation hospitalière et avec la gestion de la construction de la carrière professionnelle, sur la perception de valorisation par l'organisation hospitalière, sur l'importance attribuée à l'éthique professionnelle et sur le goût pour l'exercice de l'activité. Nous avons aussi observé que les motivations principales pour le départ à la retraite résultent des conséquences ressenties vers les transformations législatives dans l'accès à la retraite et dans la structuration des carrières professionnelles.

Confrontés par ces résultats, nous concluons un besoin de nouvelles orientations politiques, dont l'accent se centre, essentiellement, sur les conditions de l'exercice de l'activité des professionnels plus âgés, à travers d'une meilleure flexibilisation de la répartition du temps. Pour cet effet, ils s'agissent des facteurs importants liés, ceux comme l'âge et l'altération de l'exercice de fonctions qu'assurent les sentiments de utilité et dignité, et contemplent le bénéfice de capitaux accumulés au long du cours de vie et de la trajectoire professionnelle de ces professionnels.

Nous considérons, donc, le besoin d'une nouvelle forme de projeter la relation entre âge, temps et formes de permanence dans le marché de travail, ainsi que les procès de transition de l'emploi pour la retraite, soit par les organisations, soit par les professionnels de santé, en vue de la réalité de la recomposition fondée sur l'âge, et de la recomposition démographique. Ce nouvel positionnement peut construire un important atout pour la soutenabilité et pour les auto et hétéro représentations des professionnels plus âgés, fournissant, de cette façon, des meilleures pratiques et une plus ample participation dans l'inévitable chemin de l'acceptation des sociétés vieillies.

Par la nature de l'investigation et de la stratégie méthodologique adoptée, nous cherchons nommer, encore, des pistes d'analyse pour une meilleure compréhension et approfondissement des effets et conséquences de la prise de décision de ces professionnels de santé dans futures investigations.

AGRADECIMENTOS

A primeira consideração que me ocorre expressar é que quando nos propomos agradecer, de forma realmente sincera, sentimos que é um ato impossível. Pois, por muito que se diga, é sempre pouco face ao real merecimento das pessoas ou instituições a quem reconhecemos a excelência do seu contributo neste projeto.

O meu primeiro agradecimento vai, especialmente, para o Professor João Miguel Teixeira Lopes que ao longo destes anos, de forma muito serena e atenta, se disponibilizou a fazer este caminho comigo muito desafiante na procura de um maior aprofundamento deste domínio de conhecimento científico como meu orientador.

O meu segundo agradecimento vai para a Faculdade de Letras da Universidade do Porto que constituiu o lugar de acolhimento e de enquadramento institucional para o alcance de um objetivo muito desejado de obtenção do grau de doutoramento em sociologia. Proporcionando-me, para o efeito, todas as condições para o processo de aprendizagem e a realização desta tese.

O meu terceiro agradecimento dirige-se, obrigatoriamente, para duas pessoas que marcaram o meu percurso profissional e pessoal desde o primeiro momento que nos cruzámos. Refiro-me ao Professor Carlos Manuel Gonçalves e à Professora Isabel Dias, pela disponibilidade, pelo apoio incondicional, pela fonte de conhecimento que constituíram e pela segurança que me transmitiram em todos os momentos bons e menos bons na realização desta investigação.

O meu quarto agradecimento vai para as duas organizações hospitalares que elegi para a realização deste projeto de investigação, o Centro Hospitalar de São João e o Centro Hospitalar do Porto, Hospital de Santo António, que desde o primeiro contacto evidenciaram o gosto e a disponibilidade em todos os momentos na colaboração solicitada para este efeito.

O meu quinto agradecimento é feito com muito gosto aos que informalmente se constituíram essenciais quer no desenvolvimento quer na conclusão desta tese. Assim, ao Professor António Manuel Fonseca, à Tânia Machado, à Milú Alarcão e à Manuela Marques Lopes, muito obrigada!

O meu sexto agradecimento, imprescindível, ao Professor Henrique Barros e ao Professor Milton Severo do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina

Preditiva e Saúde Pública da FMUP pela colaboração na análise e tratamento estatístico dos dados resultantes do inquérito aplicado nesta investigação.

Antes de terminar, um agradecimento com um carácter muito distinto e particularmente afetivo à minha querida amiga e companheira de jornada, Angélica Relvas. O seu empenho, disponibilidade, compreensão, atenção, paciência para os meus momentos de ausência de harmonia e de muita inquietude foi ela que assegurou o equilíbrio e o regresso da minha paz.

Agora, sim, finalizo com um agradecimento especial aos meus afetos. Ao meu marido por estar presente, atento, disponível para a inevitável partilha do caminho percorrido, sobretudo, por ser sempre uma fonte de inspiração e incentivo.

ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CHP	Centro Hospitalar do Porto
CHSJ	Centro Hospitalar de São João
ENPRHS	Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde
E.P.E.	Entidade Pública Empresarial
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HSA	Hospital de Santo António
HSJ	Hospital de São João
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
INE	Instituto Nacional de Estatística
ISF	Índice Sintético de Fecundidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE-27	União Europeia 27

ÍNDICE

Resumo	3
Abstract	5
Resumé	7
Agradecimentos	11
Abreviaturas	13
 Introdução	 23
 Capítulo I - Objeto em Análise: Teoria e Metodologia	
1.1. Objeto de estudo e enfoques analíticos	33
1.2. Objetivos e hipóteses	37
1.3. Metodologia	50
1.3.1. Estudo de caso e técnicas de recolha e tratamento de informação	53
1.3.2. Reflexão sobre o caminho metodológico	61
1.3.3. Universo e amostra	65
1.3.3.1. Delimitação do universo de referência	65
1.3.3.2. Características sociodemográficas dos inquiridos	68
1.4. Organizações hospitalares	73
1.4.1. Hospital de Santo António, EPE	73
1.4.2. Hospital de São João, EPE	78
 Capítulo II - Abordagens Sociológicas ao Envelhecimento	
2.1. Dimensões do envelhecimento: biológica, psicológica e social	86
2.2. Quadros teóricos da Sociologia sobre o envelhecimento	92
2.3. Envelhecimento ativo	112
 Capítulo III - Dinâmicas Demográficas na Enuão Europeia e em Portugal	
3.1. Conceito de envelhecimento demográfico	133
3.2. Envelhecimento demográfico no contexto europeu e português	145
3.3. Perspetivas de evolução demográfica para 2060	160

Capítulo IV - Envelhecimento, Mercado de Trabalho e Políticas de Emprego	
4.1. Desafios do envelhecimento ao mercado de trabalho	175
4.2. Envelhecimento ativo e políticas de emprego	203
4.3. Transição entre o tempo de trabalho e a aposentação	224
Capítulo V - Características e Representações Profissionais de Médicos e Enfermeiros	
5.1. Principais características dos médicos e enfermeiros	238
5.2. Envelhecimento dos recursos humanos em saúde	248
5.3. Previsões de oferta e necessidades de médicos até 2020	251
5.4. Especificidades dos grupos profissionais no quadro específico da dinâmica hospitalar	256
5.4.1. Características profissionais	257
5.4.2. Representações entre médicos e enfermeiros em contexto hospitalar	269
5.5. Discussão de resultados	284
Capítulo VI - Políticas Públicas de Emprego para o Prolongamento Temporal da Atividade Profissional	
6.1. Políticas públicas de emprego para o prolongamento temporal da atividade profissional	293
6.1.1. Posição face ao enquadramento legal da aposentação	296
6.1.2. Alterações à carreira médica	304
6.1.3. Alterações à carreira de Enfermagem	307
6.1.4. Avaliação da defesa dos interesses dos grupos profissionais	309
6.1.5. Posição face à ação do Estado para o prolongamento temporal da atividade profissional	311
6.2. Políticas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos	319
6.3. Razões da opção pelo prolongamento temporal da atividade profissional ou pela aposentação	328
6.4. Discussão de resultados	337
Conclusões e pistas de intervenção	343
Bibliografia	355

Anexos	369
Anexo 1	371
Anexo 2	377
Anexo 3	385
Anexo 4	391
Anexo 5	395
Anexo 6	399
Anexo 7	417
Anexo 8	425
Anexo 9	443

ÍNDICE DE FIGURAS

Quadro 1. Médicos e enfermeiros entre os 55 e os 65 anos do HSA, por sexo.....	66
Quadro 2. Médicos e enfermeiros entre os 55 e os 65 anos do HSJ, por sexo.....	66
Quadro 3. Universo de referência e inquéritos recolhidos	68
Quadro 4. Características sociodemográficas dos participantes por grupo profissional	69
Quadro 5. Indicadores familiares de classe de origem e de pertença dos participantes .	70
Quadro 6. Descrição dos participantes por organização hospitalar.....	72
Quadro 7. Dimensões e princípios orientadores para o envelhecimento ativo.....	120
Quadro 8. Indicadores de natalidade e mortalidade na UE-27	147
Quadro 9. Indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade em Portugal	155
Quadro 10. Esperança de vida à nascença em Portugal (anos)	156
Quadro 11. Estrutura etária da população portuguesa.....	157
Quadro 12. Distribuição dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos por escalões etários, em Portugal (%)	158
Quadro 13. Indicadores do envelhecimento em Portugal.....	159
Quadro 14. Cenários demográficos da população portuguesa, 2008 - 2060	163
Quadro 15. Indicadores demográficos para Portugal, 1980-2060, <i>cenário central</i> (valores estimados e projetados)	164
Quadro 16. Indicadores de crescimento da população portuguesa, 2008-2060, <i>cenário central</i> (valores estimados e projetados) (%).....	165
Quadro 17. População com 65 e mais anos em Portugal, 2009-2060, <i>cenário central</i> (valores estimados e projetados)	169
Quadro 18. Índices do envelhecimento em Portugal, 1980-2060 (valores estimados e projetados).....	170
Quadro 19. Despesa com proteção social com pensões em Portugal <i>per capita</i> e por indivíduo ativo (€).....	179
Quadro 20. Indicadores sobre a população ativa e inativa com idade entre os 55 e os 64 anos.....	188
Quadro 21. Taxas de participação total por grupos etários entre 2010 e 2060 (%).....	200

Quadro 22. Médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos no HGJ e no HGA	250
Quadro 23. Grau de importância atribuída para a atividade profissional dos médicos (% em linha).....	262
Quadro 24. Grau de importância atribuída para a atividade profissional dos enfermeiros (% em linha).....	263
Quadro 25. Adequação entre idade e atividade profissional (%)	264
Quadro 26. Análise de componentes principais com rotação <i>oblmin</i> dos itens do grau de importância da atividade profissional	267
Quadro 27. Descrição das diferentes dimensões de importância dos itens sobre a sua profissão entre diferentes grupos profissionais e por hospital.	268
Quadro 28. Fatores associados com pretender a aposentação no momento.....	269
Quadro 29. Grau de importância para a atividade profissional atribuído entre médicos e enfermeiros (%).....	271
Quadro 30. Grau de importância que os médicos atribuem à ação dos enfermeiros (% em linha).....	272
Quadro 31. Grau de importância que os enfermeiros atribuem à ação dos médicos (% em linha).....	272
Quadro 32. Atributos que os médicos consideram mais comprometidos nos enfermeiros com a idade.....	273
Quadro 33. Atributos que os enfermeiros consideram mais comprometidos nos médicos com a idade.....	273
Quadro 34. Distribuição da importância mutuamente atribuída entre grupos profissionais	275
Quadro 35. Análise de componentes principais com rotação <i>oblmin</i> sobre os atributos mais valorizados na ação dos médicos/enfermeiros.....	276
Quadro 36. Descrição das diferentes dimensões sobre os itens mais valorizados na ação dos grupos profissionais	277
Quadro 37. Análise exploratória fatorial utilizando correlações policóricas	277
Quadro 38. Fatores associados com os atributos globais mais valorizados na ação dos médicos/enfermeiros	278
Quadro 39. Fatores associados com a preservação do conhecimento técnico-científico com a idade.....	279
Quadro 40. Fatores associados com o atributo conhecimento técnico-científico.....	279

Quadro 41. Fatores associados com a pretensão de reforma no momento.....	280
Quadro 42. Avaliação global das transformações na gestão hospitalar nos últimos 10 anos.....	281
Quadro 43. Fatores relacionados com a intenção de aposentação.....	283
Quadro 44. Idade mínima legal e anos de serviço exigidos para acesso à aposentação ordinária completa (em anos).....	297
Quadro 45. Idade mínima legal para a passagem à aposentação ordinária com pensão reduzida (em anos)	298
Quadro 46. Médicos e enfermeiros ativos e saídos entre os 55 e os 65 anos de idade.	302
Quadro 47. Distribuição dos médicos por categoria de carreira (%).....	306
Quadro 48. Distribuição dos enfermeiros por categorias da carreira (%)	308
Quadro 49. Avaliação geral da defesa dos interesses profissionais (%)	310
Quadro 50. Posição dos médicos face à ação do Estado	311
Quadro 51. Posição dos enfermeiros face à ação do Estado	312
Quadro 52. Análise de componentes principais com rotação varimax dos itens sobre a concordância com ação do governo no concerne às políticas globais de gestão das pensões	315
Quadro 53. Descrição das diferentes dimensões dos itens sobre a concordância com ação do governo no que concerne às políticas globais de gestão das pensões entre diferentes grupos.	316
Quadro 54. Fatores associados com pretender a reforma agora1	316
Quadro 55. Existência de situações de discriminação com base na idade na organização hospitalar	318
Quadro 56. Posição dos médicos face ao estatuto dos trabalhadores mais velhos dentro das organizações hospitalares (% em linha).....	323
Quadro 57. Posição dos enfermeiros face ao estatuto dos trabalhadores mais velhos dentro das organizações hospitalares (% em linha)	323
Quadro 58. Grau de concordância dos médicos com medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (% em linha).....	326
Quadro 59. Grau de concordância dos enfermeiros com medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (% em linha).....	326
Quadro 60. Motivos pelos quais pediria, ou não, a aposentação no momento (% em linha).....	331

Quadro 61. Motivos pelos quais pediria a aposentação (% em linha por grupo profissional).....	331
Quadro 62. Motivos pelos quais não pediria a aposentação (% em linha por grupo profissional).....	332
Quadro 63. Variáveis associadas à vontade de aposentação	334
Quadro 64. Modelo ajustado para fatores associados com o desejo de aposentação ...	335
Quadro 65. Características dos participantes que optariam no momento pelo prolongamento temporal da atividade profissional ou pela aposentação	338
 Gráfico 1. Índice sintético de fecundidade nos países da União Europeia 27 em 2011	146
Gráfico 2. Distribuição percentual da população por grupos etários, 1980-2060, cenário central (estimativas e projeções).	167
Gráfico 3. Despesa absoluta com proteção social com pensões em Portugal (milhões €).....	177
Gráfico 4. Despesa com proteção social com pensões em Portugal em proporção ao PIBpm (%).....	178

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta investigação centra-se na problemática associada às razões subjacentes aos processos de tomada de decisão de dois grupos profissionais de saúde – médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos - face ao prolongamento temporal da atividade profissional ou, inversamente, pela saída da mesma por aposentação em contextos de organizações hospitalares. Propusemo-nos, para o efeito, conhecer as representações e as práticas destes mesmos profissionais em contexto hospitalar, face a esta questão. Procurámos, assim, analisar as relações entre idade e tempo e formas de permanência no mercado de trabalho e os processos de transição do emprego para a reforma, processos estes decorrentes do reconhecimento do importante impacto de plurais processos de transformação social evidenciados nas últimas décadas tanto em Portugal como em outros países europeus (Crouch, 1999; Almeida, 2007, entre outros). Referimo-nos, entre outros, à recomposição da estrutura etária e à alteração das dinâmicas demográficas (Guillemard, 2003).

A população mundial tem vindo a envelhecer ao longo das últimas décadas em resultado de uma diminuição da fecundidade e da mortalidade. Em consequência, também o crescimento natural da população abrandou e, em alguns países, é residual. A maioria dos países desenvolvidos encontra-se numa quinta fase de transição demográfica marcada por níveis de fecundidade abaixo do limiar necessário para ser assegurada a renovação geracional. As projeções demográficas da UE-27 e de Portugal para o horizonte de 2060 confirmam a tendência de inversão da pirâmide demográfica resultante da diminuição dos escalões etários mais jovens e do aumento dos mais velhos (INE, 2010; Eurostat, 2010). Em 2060 espera-se que o número de indivíduos com 65 ou mais anos na UE-27 se situe perto dos 152 milhões, o equivalente a cerca do dobro do volume de 2010. Em 2002, na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, a ONU reconheceu que o envelhecimento demográfico experienciado pelos países desenvolvidos era um fenómeno sem precedentes, de longa duração e com múltiplos impactos sociais, políticos e económicos.

O envelhecimento populacional terá inevitavelmente efeitos na recomposição da população ativa. Uma baixa fecundidade compromete necessariamente o potencial de

indivíduos ativos a médio prazo. Em simultâneo, a população inativa por velhice aumentará, não só em número absoluto mas também relativo. No futuro, espera-se, então, um maior desequilíbrio entre população ativa e inativa com um aumento expressivo do peso desta última sobre a primeira. Aumentará, então, o índice de dependência de idosos consequente do seu maior volume (65 ou mais anos) sobre a população ativa (15 a 64 anos).

Várias são os desafios decorrentes deste desequilíbrio entre população ativa e a inativa. O contrato geracional sobre o qual várias gerações se apoiaram e que pressupunha que as gerações mais novas iriam assegurar a assistência (económica) dos mais velhos torna-se cada vez mais difícil. Estamos, portanto, perante um cenário de quebra da solidariedade intergeracional que exige um reequacionar da lógica geracional vigente até então. Além disso, o aumento do volume de idosos foi acompanhado por um natural aumento das despesas de proteção social, nomeadamente com o pagamento de pensões por velhice. A isto acrescem os encargos com a prestação de cuidados de saúde a uma população que vive tendencialmente mais anos e com melhores condições de vida num contexto de crise económica que afeta vários países desenvolvidos, nomeadamente Portugal.

Autores como Ribeiro Mendes (2005b) e Medina Carreira (2011) falam numa “*traição*” das gerações mais velhas às mais novas por não terem assegurado modelos que garantissem no presente a sustentabilidade do sistema. O primeiro refere mesmo uma “*conspiração grisalha*” face às gerações mais novas. Os autores consideram que não houve um correto planeamento do futuro e uma antecipação do aumento da esperança de vida e das condições proporcionadas às atuais gerações mais velhas o que, agora, se traduz em elevados encargos para as gerações mais novas. Apesar de não negarem a grande importância das medidas aplicadas no presente para a mitigação dos efeitos do envelhecimento e da quebra do contrato geracional, alertam para o efeito pouco visível das mesmas que, em verdade, só surtirão efeito após algumas décadas.

A inevitabilidade do envelhecimento demográfico, atendendo aos atuais padrões demográficos, implica repensar um conjunto alargado de dinâmicas e estruturas existentes até ao momento, sobretudo no contexto de crise económica ao qual Portugal não é, de todo, alheio.

Estes sistemas têm sido particularmente pressionados pelo aumento dos encargos com o pagamento de pensões por velhice e pela prestação de cuidados de saúde

resultantes, ora de um número crescente de idosos inativos, ora do prolongamento do tempo de vida.

Além disso, os Estados têm sido chamados a discutir novas formas de participação social dos mais velhos que contrariem uma visão dos mesmos enquanto meros consumidores de recursos sem capacidade produtiva.

As respostas dadas a estes desafios têm sido enquadradas, em larga medida, sob o paradigma do envelhecimento ativo. Este modelo de intervenção perante o envelhecimento populacional foi inicialmente proposto pela OMS, estando mais vocacionado para a participação social, saúde e bem-estar dos idosos. Por sua vez, a UE-27 tem um entendimento ligeiramente distinto deste paradigma, acentuando que o envelhecimento ativo passa, em larga medida, pela participação económica dos indivíduos mais velhos (55 aos 64 anos) no mercado de trabalho. Tem, então, baseado a sua ação neste domínio na promoção do prolongamento temporal da vida ativa dos indivíduos. Para este efeito, tem recomendado aos Estados-Membros que procedam a alterações nos respetivos enquadramentos legais de passagem à aposentação. Em Portugal têm existido significativas alterações ao Estatuto da Aposentação que se traduziram num adiamento da idade mínima legal de passagem à aposentação, na criação de obstáculos à aposentação antecipada e na alteração das fórmulas de cálculo das pensões. Apesar de uma larga fração das medidas europeias em prol da (re)inserção dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho se terem centrado no enquadramento legal da aposentação, um outro conjunto de recomendações têm sido apresentadas pela UE-27. Este organismo tem defendido a importância da luta contra a discriminação com base na idade, da adequação das condições de trabalho e na aposta na formação e aprendizagem, aspeto central nas atuais sociedades da tecnologia e do conhecimento nas quais o não acompanhamento pode significar a exclusão. Tem ainda assumido a importância central da desconstrução de representações negativas sobre os mais velhos. A promoção da participação dos mais velhos no mercado de trabalho constituiu, portanto, um desígnio coletivo: da UE-27, dos Estados, das empresas e dos próprios indivíduos. A UE-27 reconhece a importância de uma sociedade para todas as idades que inclua todos os indivíduos no mercado de trabalho. Só assim reconhece ser possível aumentar a sua competitividade e consolidar a sua posição no panorama económico mundial.

Posto isto, consideramos que o desenvolvimento de investigações sobre as representações e práticas para o prolongamento temporal da vida ativa, tema central na

nossa investigação, convergem com as principais mutações demográficas e as preocupações políticas, económicas, sociais e culturais a nível europeu e português.

O carácter universal e a intensidade do processo de envelhecimento demográfico tem despertado o interesse de várias ciências, nomeadamente a sociologia, a demografia, a gerontologia e a geriatria, a biologia e a medicina. Enquanto as ciências da vida se têm centrado essencialmente nos aspetos biológicos deste fenómeno, procurando perceber os mecanismos pelos quais o corpo envelhece na tentativa de os contrariar e, assim, prolongar o tempo de vida dos indivíduos permitindo-lhes, em simultâneo, viver com mais qualidade, as ciências sociais têm, por sua vez, direcionada a sua análise para os determinantes impactos individuais e sociais do envelhecimento.

A sociologia, em concreto, tem demonstrado que o envelhecimento é uma construção social, pelo que as representações e práticas sobre o mesmo, bem como a posição dos mais velhos na estrutura social, devem ser sempre contextualizadas num tempo e num espaço específicos. As perspetivas sociológicas mais atuais sobre o envelhecimento mais têm salientado a importância da subjetividade na experiência do envelhecimento, ou seja, do conjunto de vivências do percurso de vida dos indivíduos e que enformam a forma como este experiencia o processo de envelhecimento. Defendem, então, que o modo pelo qual os indivíduos encaram este momento das suas vidas é resultado de toda a sua trajetória de vida e do balanço que dela fazem. Por considerarmos que o quadro teórico das perspetivas do curso de vida pode contribuir em larga medida para a compreensão da experiência subjetiva do envelhecimento e para o sentido atribuído ao trabalho e, associado, para a intenção de prolongamento temporal, ou não, da vida ativa, elegemo-lo como quadro teórico principal desta investigação.

No que se refere, em concreto, às temáticas da saúde, é de notar que o interesse da sociologia pelas mesmas é recente em resultado ora do carácter “*natural*” dos fenómenos da doença e da morte, ora da atenção prestada ao envelhecimento enquanto exclusão e declínio. Contudo, novas linhas de investigação têm sido desenvolvidas e que sublinham precisamente a importância de uma ação combinada do sociólogo enquanto produtor de conhecimento que possa simultaneamente alimentar a teoria sobre as dimensões da saúde e promover a resolução de problemas concretos do sector da saúde. No caso particular da saúde há a considerar os maiores problemas decorrentes de um número escasso de médicos em algumas especialidades e zonas territoriais, potenciados por um aumento do recurso à aposentação observado nos últimos anos consequentes, em primeira instância, das alterações ao seu enquadramento legal.

Como objeto de estudo desta investigação elegemos as representações sociais sobre o envelhecimento e as práticas de dois grupos profissionais de saúde do distrito do Porto. Concretamente, procurámos conhecer a sua posição face ao prolongamento temporal da atividade profissional. Para tal, recolhemos informação que consideramos do ponto de vista teórico potencialmente determinante da sua posição. Referimo-nos à recolha de informação que nos permitiu traçar o perfil sociodemográfico dos participantes no estudo, bem como delinear a sua trajetória profissional. Consideramos ainda uma bateria de indicadores que nos permitiram aferir o seu grau de satisfação profissional e o da valorização atribuída ao seu trabalho. Procurámos ainda conhecer as representações entre os dois grupos profissionais em estudo considerando, para esse efeito, o conjunto de transformações que têm alterado a posição de médicos e enfermeiros no contexto do SNS. Atendemos ainda às transformações ocorridas em Portugal ao nível das políticas públicas, em sentido lato e, em concreto, da gestão hospitalar, das carreiras profissionais de medicina e enfermagem e do Estatuto da Aposentação.

Posto isto, é momento de apresentarmos a estrutura deste relatório, o qual estruturámos em sete capítulos. Cada um é dedicado a um tema essencial para a compreensão do fenómeno do envelhecimento demográfico e da posição dos indivíduos perante o prolongamento temporal da vida ativa.

No primeiro capítulo apresentámos o objeto em análise nesta investigação. Começámos por identificar e delimitar o nosso objeto de estudo, a questão que norteou o desenvolvimento desta investigação e as motivações inerentes à opção por dois grupos profissionais de saúde. Apresentámos ainda os objetivos que nos propusemos cumprir e as hipóteses para as quais procuramos respostas. Explicámos em traços gerais a metodologia que presidiu à realização da nossa investigação e descrevemos os procedimentos metodológicos seguidos, justificando a opção pelo método de estudo de caso e a pertinência das técnicas de recolha de informação a que recorremos. Conscientes das limitações da abordagem metodológica que adotámos, procedemos ainda a uma reflexão sobre o percurso metodológico que seguimos, os obstáculos encontrados e os resultados alcançados. Prosseguimos com a caracterização do universo e da amostra que consideramos na investigação, indicando as suas características sociodemográficas e a sua trajetória profissional.

Concluímos este capítulo apresentando as organizações hospitalares consideradas, dando conta do seu contexto histórico de emergência e desenvolvimento e

do seu atual enquadramento no sistema de cuidados de saúde e de ensino português em medicina.

No segundo capítulo procedemos a uma análise diacrónica das abordagens sociológicas ao envelhecimento. Começámos por demonstrar a multidimensionalidade do envelhecimento enquanto fenómeno biológico, psicológico e social. Notámos que, não obstante o seu carácter natural e irreversível, o mesmo não ocorre de forma linear em todos os indivíduos. Implica diferentes níveis e ritmos de fragilidade física, diferentes alterações do ponto de vista cognitivo e diferentes visões e representações sociais. De seguida evidenciámos os diferentes momentos de reflexão e teorização sociológica sobre o envelhecimento. Mostrámos como é que este fenómeno se tornou um objeto de estudo da sociologia e como é que o contexto político, económico e social enformou as grelhas analíticas de perspetivar este fenómeno. Salientámos, em particular, o fim do paradigma tripartido de vida e a relevância atual de perspetivas baseadas no seu ciclo, especialmente, a posição perante o trabalho na vivência do envelhecimento.

No terceiro capítulo adotámos uma postura mais próxima da demografia para darmos conta das tendências demográficas da UE-27 e de Portugal. Começámos por clarificar o conceito de envelhecimento demográfico, identificando as suas principais causas. Posto isto, traçámos a evolução populacional da europa e de Portugal até ao presente, evidenciando a tendência de progressiva diminuição da fecundidade registada ao longo do tempo.

Com base nos cenários demográficos traçados pelo INE e pelo Eurostat para o horizonte de 2060, apresentámos a evolução populacional esperada e que comprova o reforço do envelhecimento populacional resultante de uma fecundidade que não assegura a renovação de gerações.

No capítulo seguinte discutimos os efeitos do envelhecimento sobre o mercado de trabalho e as políticas públicas de emprego promovidas pela UE-27 e adotadas por Portugal para a mitigação dos efeitos do envelhecimento e para a adequação às novas dinâmicas do mercado de trabalho. Começámos então por concretizar as principais alterações operadas no mercado do trabalho em consequência do envelhecimento populacional, nomeadamente pela redução da população ativa. Consequentemente, apresentámos as orientações e políticas de emprego aplicadas no espaço europeu e que se enquadram no paradigma do envelhecimento ativo.

Concluimos este capítulo explorando as formas de transição entre atividade e inatividade, sublinhando a crescente importância e benefícios de novas modalidades de passagem à aposentação, nomeadamente pela simultaneidade de trabalho e aposentação a tempo parcial.

O capítulo quinto é dedicado, em concreto, às características, representações e relações entre os dois grupos profissionais em estudo. Começamos por caracterizar os dois grupos profissionais à luz das principais transformações sociais ocorridas em Portugal.

Prosseguimos especificando os impactos do envelhecimento dos profissionais de saúde considerados, focando, em particular, a relevância das alterações operadas ao nível do Estatuto da Aposentação e das carreiras médicas e de enfermagem ao nível da corrida à saída do SNS por aposentação.

Damos ainda conta dos resultados de um estudo (Santana et al, 2009) realizado acerca da evolução esperada das necessidades de médicos para o horizonte de 2020. Num segundo momento explorámos, em concreto, as representações entre médicos e enfermeiros no quadro específico do contexto hospitalar. Identificámos as perceções e a avaliação que fazem do próprio trabalho e do grupo profissional para, posteriormente, considerarmos a avaliação realizada sobre o outro grupo profissional (médicos sobre enfermeiros e vice-versa).

O sexto capítulo foca-se na discussão das medidas e políticas adotadas para o prolongamento temporal da vida ativa de médicos e enfermeiros.

Para este efeito, começámos por identificar as razões invocadas pelos inquiridos para a sua opção quer pelo prolongamento, quer pela aposentação. De seguida, centrámo-nos nas políticas públicas aplicadas em específico para estes grupos profissionais, bem como das adotadas pelas entidades empregadoras para este efeito.

No sétimo e último capítulo debruçámo-nos sobre a apresentação das conclusões que obtivemos, fruto dos resultados desta investigação.

Assim, recordámos os objetivos e hipóteses definidas para esta investigação já anteriormente referenciadas no Capítulo 1. Para cada uma das hipóteses apresentámos uma resposta sucinta.

Posto isto, defendemos a pertinência deste estudo na atualidade, considerando que os contributos teóricos que produzimos com esta investigação acerca das características dos grupos profissionais em estudo, da satisfação profissional, da avaliação do seu trabalho e dos seus pares, das auto e hetero representações e das

motivações subjacentes à intenção de prolongamento temporal, ou não, da vida ativa têm um amplo potencial de utilização. Ou seja, por um lado enriqueceram as grelhas sociológicas de análise dos temas referidos e por outro, poderão ser utilizados em políticas e medidas concretas de intervenção junto destes profissionais.

Constituindo, ainda, na nossa opinião, um contributo inovador e original para uma reflexão crítica sobre as ameaças, constrangimentos e oportunidades destes dois grupos profissionais relativamente à posição assumida face à importante tomada de decisão perante o cruzamento paradoxal entre as aspirações iniciais do exercício da profissão, da gestão das trajetórias profissionais e das condições recentes na aproximação da retirada da vida ativa.

CAPÍTULO I

Objeto em Análise: Teorias e Metodologia

Iniciámos este primeiro capítulo apresentando o objeto de estudo e os enfoques analíticos da investigação que desenvolvemos. Ao nível da metodologia adotada, explicámos as opções inerentes à eleição do método de estudo de caso e das técnicas de recolha de informação, procedemos a uma reflexão sobre o percurso metodológico seguido e apresentamos as principais características do universo de profissionais dos grupos considerados e daqueles que constituíram a amostra. Terminámos o capítulo com a apresentação histórica e com o enquadramento atual das duas organizações hospitalares de exercício profissional dos médicos e enfermeiros considerados.

1.1. OBJETO DE ESTUDO E ENFOQUES ANALÍTICOS

Ao longo do desenvolvimento desta investigação fomos movidos pela procura de respostas à seguinte questão: *quais as razões que influenciam os médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos de dois hospitais do Porto ao prolongamento temporal da sua vida ativa?*

A nossa opção pelo estudo de dois grupos profissionais em contexto hospitalar insere-se numa linha de investigação sociológica recente: a sociologia da saúde. Apesar da crescente produção teórica neste domínio do saber, reconhecemos que perduram ainda algumas dificuldades de delimitação do campo de saber sociológico sobre o contexto hospitalar, tributárias da recentidade da consideração da saúde, doença e da medicina enquanto objetos de investigação sociológica, Carapinheiro (1993). Tradicionalmente as reflexões sobre as dimensões organizacional e empresarial dos hospitais eram desenvolvidas pelas áreas da gestão ou da administração hospitalar que, pela sua natureza e objetivos, não atribuíram relevância ao hospital enquanto instituição social. Valorizaram dimensões da gestão hospitalar, nomeadamente os bloqueios políticos à sua atividade e o enquadramento institucional do doente.

Portugal comungou este interesse tardio sobre a saúde com outros países com maior tradição na investigação em ciências sociais o que Carapinheiro (1993) justifica com base num reconhecimento de um carácter “*natural*” e “*biológico*” da saúde e da

morte que escapava a determinações sociais e, portanto, não exigia uma abordagem complementar à desenvolvida pelas ciências da vida.

O interesse científico da sociologia pela medicina tem sido confrontado com a força e legitimidade dos saberes médicos e com o poder institucional dos seus representantes. Este facto justificou que uma primeira fase de desenvolvimento da sociologia médica ocorresse em clima de tensão e equívoco entre dois modelos de racionalidade científica. Inicialmente, a sociologia assumiu um carácter instrumental, contribuindo para a resolução de problemas concretos da prática médica, para o aumento da sua eficácia e para a determinação do impacto de fatores sociais na prevenção da saúde ou para o tratamento da doença. Esta fase foi marcada por uma maior autonomia científica e independência da sociologia face à perspectiva médica. Num momento seguinte manteve-se o carácter instrumental da relação entre as duas ciências mas de forma invertida, ou seja, a intervenção do sociólogo deixou de servir as necessidades da medicina e passou a orientar-se para a produção de conhecimento no sentido do enriquecimento da teoria sociológica.

Do carácter mutuamente exclusivo das duas práticas sociológicas resultou uma perspectiva segundo a qual o sociólogo teria que optar por uma ou outra, reforçando assim a ambivalência do seu papel neste domínio do conhecimento e acentuando as dificuldades na definição da sua posição. Contudo, as fronteiras estanques entre os dois tipos de prática sociológica têm-se diluído constituindo cada vez mais uma barreira falsa e, por isso, facilmente ultrapassável (Scambler cit. *in* Carapinheiro, 1993). O papel que assumimos nesta investigação é exemplo da possibilidade de serem assumidas simultaneamente as duas posturas. Os contributos teóricos que produzimos com esta investigação acerca das características dos grupos profissionais em estudo, da sua satisfação profissional, da avaliação do seu trabalho e dos seus pares, das auto e hetero representações e das motivações subjacentes à sua intenção de prolongamento temporal, ou não, da vida ativa têm um amplo potencial de utilização.

Por um lado enriquecem as grelhas sociológicas de análise dos temas referidos. Por outro, podem ser utilizados em políticas e medidas concretas de intervenção junto dos profissionais estudados. Apesar do potencial que reconhecemos à sociologia da saúde, concordamos com Freidson (2008) quando o autor afirma que, apesar do desenvolvimento desta área a mesma não adquiriu ainda a independência e dinamismo observado em outras especialidades sociológicas.

No início da década de 1990, Carapinheiro (1993) apontava já a necessidade de uma nova orientação para a sociologia na saúde que permitisse ultrapassar a aparente dicotomia no posicionamento do sociólogo e que promovesse a sua efetiva afirmação enquanto área do saber. Para isso, defendia a produção de análises estruturais que considerassem as profissões e as instituições médicas dando conta, nomeadamente, das ideologias dominantes, das relações dialéticas estabelecidas e dos seus alvos de exercício. Para a autora, a análise sociológica deveria inserir-se nos moldes das investigações realizadas em organizações industriais. Considerava ser fundamental que a medicina fosse perspectivada enquanto instituição social com arranjos organizacionais específicos, relações sociais e quadros normativos inerentes.

Na investigação que desenvolvemos procurámos precisamente seguir a nova orientação, considerando as especificidades do contexto hospitalar em que se enquadram as profissões analisadas e as relações e representações sobre e entre os dois grupos profissionais. Partilhamos a perspetiva de que o sucesso da investigação sobre as dinâmicas no campo da saúde dependerá, em larga escala, de a mesma ser desenvolvida por áreas do saber fora do campo específico da medicina e que tenham, portanto, uma posição independente. Foi precisamente isso que procurámos fazer ao desenvolvermos uma abordagem marcada por traços claramente sociológicos.

Optámos por profissões do setor da saúde por reconhecermos a sua importância social e cultural no quadro geral do sistema das profissões (Freidson, 1986). Além disso, não fomos alheios à atual discussão acerca da sustentabilidade económica do SNS que o coloca na ribalta da discussão política, às políticas públicas de saúde operadas nos últimos anos neste setor e com efeitos, nomeadamente, na gestão das organizações hospitalares e nas carreiras profissionais de medicina e enfermagem.

Considerámos também as medidas de incentivo ao prolongamento temporal da vida ativa sustentadas, em larga medida, em alterações na legislação que enquadra a passagem à aposentação.

Não fomos ainda alheios às especificidades dos profissionais que estudámos no quadro da população ativa portuguesa. O facto destes apresentarem características marcadamente distintas das observadas na maioria dos trabalhadores portugueses na mesma faixa etária (Fernandes, 2007) contribuem em larga medida para o nosso interesse na sua análise. Contrariamente à generalidade dos trabalhadores mais velhos portugueses, os médicos e enfermeiros estudados são detentores de elevadas qualificações académicas e foram alvo ao longo da sua trajetória profissional de um

intenso processo de formação, auferem elevadas remunerações e recolhem da sociedade um elevado prestígio e reconhecimento social. Não ignoramos, contudo, que as características referidas são particularmente notórias entre os médicos. Considerando os atributos referidos, considerámos inicialmente que a posição privilegiada dos profissionais em estudo aumentaria potencialmente a sua intenção de prolongamento temporal da vida ativa.

A escolha das organizações hospitalares baseou-se na vinculação atual dos grupos profissionais ao contexto hospitalar, dando-se assim continuidade histórica às condições de emergência, desenvolvimento e consolidação da medicina e da enfermagem.

Não fomos também alheios à grande importância do HSJ e do HSA hospitalares nos sistemas de saúde, ensino e investigação em Portugal¹. São dois hospitais gerais, centrais e universitários que, além de serem os maiores do distrito do Porto, se distinguem pela sua notória importância a nível nacional pelas especialidades e tratamentos que disponibilizam às suas populações de influência e referência. Importa ainda reforçar a sua ligação às duas escolas de medicina da Universidade do Porto, tendo, portanto, uma forte componente de ensino e investigação científica². Salientámos, ainda, a importância do elevado grau de complexidade das duas organizações que, por isso, fazem uma utilização intensiva dos seus recursos humanos, económicos, materiais e tecnológicos. Considerámos ainda as elevadas expectativas sobre o seu desempenho tanto na prestação de cuidados de saúde como de ensino. Não descurámos os desafios da posição dominante das duas organizações no quadro de prestação de cuidados de saúde e de ensino da medicina em Portugal em consequência da saída por aposentação de médicos e enfermeiros com larga experiência profissional e conhecimentos potencialmente mobilizados para o sucesso dos dois hospitais.

Depois de termos definido o objeto de estudo desta investigação e de termos fundamentado as motivações que levaram à sua eleição, iremos indicar e explicar os objetivos que nortearam o desenvolvimento desta investigação, bem como as hipóteses teóricas que serão analisadas.

¹ A documentação inerente ao pedido de autorização para realização desta investigação no HSJ e no HSA pode ser consultada, respetivamente, nos Anexos 1 e 2.

² A FMUP está associada ao HSJ e o ICBAS ao HSA. Mais informação pode ser encontrada na caracterização das duas organizações de saúde apresentada no Ponto 1.5 – Organizações hospitalares.

1.2. OBJETIVOS E HIPÓTESES

Os objetivos definidos para esta investigação traduzem a reflexão e discussão que desenvolvemos acerca das características e desafios do processo de envelhecimento enquanto característica populacional estrutural dos países desenvolvidos e de Portugal, em concreto. Partindo de um quadro teórico aprofundado de compreensão do processo de envelhecimento no contexto das sociedades contemporâneas, nomeadamente ao nível dos seus efeitos nas dinâmicas do mercado de trabalho, definimos como principais objetivos desta investigação os seguintes:

a) Identificar e analisar as representações e as práticas dos grupos profissionais da saúde (médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos), inseridos em duas organizações hospitalares públicas, face às relações entre idade e tempo e formas de permanência no mercado de trabalho incluindo o processo de transição do emprego para a aposentação;

b) Conhecer a importância que a organização dos tempos sociais tem na tomada de decisão dos profissionais quanto à decisão de prolongamento temporal da sua trajetória profissional ou quanto à transição para a aposentação;

c) Contextualizar as representações e as práticas em relação ao prolongamento temporal da atividade profissional face aos processos de transformação social, demográfica, política e culturais ocorridos em Portugal nas últimas décadas;

d) Analisar o regime de proteção social, o modelo de políticas de emprego e mercado de trabalho do sector da saúde em Portugal.

Para o desenvolvimento desta investigação partimos de um conjunto de premissas sustentadas teoricamente. Assim desde logo, (i) a inevitabilidade do reforço do carácter estrutural do processo de envelhecimento nas sociedades ocidentais, se se mantiverem os níveis de natalidade atuais e o aumento da esperança de vida; (ii) a clara

necessidade de medidas públicas de atenuação ou combate aos múltiplos efeitos e desafios do envelhecimento. A este respeito, do ponto de vista político, espera-se dos governos o reconhecimento deste processo e a definição de respostas adequadas e contextualizadas ao envelhecimento; numa ótica económica, há uma clara necessidade de diminuir os crescentes encargos com os mais velhos, seja pelo pagamento de pensões ou reformas ou pelas despesas com saúde, nomeadamente, o que tem sido conseguido pela redução das prestações sociais pagas e por uma menor comparticipação do Estado em questões de saúde; (iii) também as organizações são chamadas a esta discussão por via da colaboração nas estratégias políticas direcionadas para os trabalhadores mais velhos que visam em primeiro lugar, (re) inseri-los no mercado de trabalho, nomeadamente os mais desqualificados.

Consideramos que o entendimento dos desafios decorrentes do processo de envelhecimento e das respostas possivelmente dadas depende necessariamente da compreensão das múltiplas transformações pelas quais passaram as sociedades europeias, e a portuguesa em particular, ao longo das últimas décadas. Perante a inevitabilidade do reforço do carácter estrutural do processo de envelhecimento nas sociedades ocidentais, caso se mantenham os níveis atuais de fecundidade, entendemos ser fundamental identificar e analisar as respostas dadas pelos Estados aos múltiplos efeitos e desafios do envelhecimento, particularmente ao nível do mercado de trabalho. A UE-27 e os Estados membros têm sido chamados a definir respostas adequadas, contextualizadas e eficazes em relação ao envelhecimento. Em concreto, têm procurado promover a inclusão e participação dos mais velhos nas várias esferas sociais. Além disso, procuram atenuar os crescentes encargos com os mais velhos, seja pelo pagamento de pensões ou pelos encargos com a prestação de cuidados de saúde. Não têm sido ainda indiferentes à necessidade de uma nova forma de solidariedade intergeracional que permita alcançar um novo equilíbrio entre as gerações mais novas, e ativas no mercado de trabalho, e os mais velhos, já em inatividade na sua maioria.

A preocupação com os efeitos do envelhecimento demográfico e a intenção de prolongamento temporal da vida ativa resultou na definição de grandes metas traçadas pela UE-27 que sublinham a necessidade de relativizar a importância do fator idade no mercado de trabalho, não excluindo os trabalhadores mais velhos da igualdade de oportunidades de inserção ou permanência no emprego. A UE-27 tem então feito recomendações aos Estados Membros no sentido de implementarem medidas nos sistemas de proteção social que pretendem, sobretudo: (i) reforçar a empregabilidade

dos trabalhadores mais velhos; (ii) fomentar o investimento das empresas na sua formação profissional; (iii) rever o acesso à reforma antecipada, limitando-o; (iv) promover a reforma progressiva e o trabalho a tempo parcial; (v) adaptar modalidades de transição para a reforma às novas realidades demográficas (Pestana, 2004).

No caso português este objetivo colide com vários obstáculos que dificultam a manutenção de indivíduos com mais de 55 anos no mercado de trabalho e a definição de estratégias de rentabilização do conhecimentos e da experiência acumulados (Centeno, 2007).

No Conselho Europeu de Estocolmo de 2001 a UE-27 definiu a meta de 50,0% de emprego para os trabalhadores mais velhos até 2010. Um ano depois, no Conselho de Barcelona foi definido que a idade média de saída do mercado de trabalho deveria aumentar em cinco anos até 2010. Mais tarde, na Estratégia de Lisboa, os países membros reforçaram a aposta no envelhecimento ativo e na promoção, em concreto, do adiamento da saída do mercado de trabalho (Lopes, Gonçalves, 2012). A importância da promoção do envelhecimento ativo foi novamente manifestada na definição de 2012 como Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Na Estratégia Europeia de 2020, a UE-27 assumiu que a sua competitividade e dinamismo do mercado de trabalho dependem, em larga medida, da participação dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho não só pelo envelhecimento populacional mas, também, pela rentabilização do conhecimento e experiência acumulados.

As medidas propostas e adotadas no âmbito do envelhecimento têm objetivos claros: debelar as barreiras da idade, prolongando as carreiras profissionais e uma entrada tardia na reforma (Taylor, 2006) e rentabilizar as competências e conhecimento dos mais velhos (Yeats, 2000) enquanto estratégia competitiva para a Europa que assegure o seu crescimento económico sustentado.

Na conceção dos objetivos tivemos, ainda, em conta o importante impacto dos plurais processos de transformação social de que Portugal e outros países europeus foram palco nas últimas décadas (Crouch, 1999; Almeida, 2007). Considerámos a alteração das dinâmicas demográficas e da decorrente recomposição das respetivas estruturas etárias no sentido de um acentuado processo de envelhecimento resultante de uma diminuição expressiva da fecundidade, do processo emigratório das décadas de 1960 e 1970 e do aumento absoluto e relativo dos mais velhos. Atendemos também nas transformações ocorridas ao nível das características dos grupos profissionais em estudo

e que motivaram significativas mudanças na sua composição, posição profissional e reconhecimento.

O grupo profissional dos enfermeiros foi particularmente alvo de um conjunto alargado de transformações resultantes de conquistas conseguidas ao longo dos últimos anos, não obstante a manutenção de alguma tensão dentro da própria classe profissional mas também com os profissionais com quem se relacionam, nomeadamente os médicos. Os enfermeiros têm procurado uma maior visibilidade e reconhecimento do seu trabalho, tanto dos profissionais com quem partilham o espaço de intervenção, nomeadamente os médicos, como dos utentes. Têm ainda procurado mostrar como o seu trabalho é único e insubstituível numa tentativa de delimitar as fronteiras entre as áreas de atuação dos grupos profissionais de forma a maximizar as vantagens comparativas e se assumirem como fonte de conhecimento.

Considerámos, ainda, o forte incremento das suas qualificações nos últimos anos (resultado da consideração do curso de enfermagem no ensino superior), com impactos não só no aumento das suas qualificações como na sua credenciação e legitimação das suas competências, o que se traduziu num maior reconhecimento das suas competências. Enquadrámos à luz do defendido por Freidson (1998) a respeito da relação entre a posse de conhecimentos e a profissionalização de uma atividade profissional. Entendemos que não obstante a enfermagem ter sido durante longos anos uma profissão subordinada à prática e ao poder dos médicos (Abbott, 1988; Carapinheiro 1993), estando a sua atuação delimitada por fronteiras bem definidas, as conquistas alcançadas pelos enfermeiros resultaram num contexto profissional que exige um posicionamento distinto que discuta a nova posição da enfermagem no panorama das profissões. Nesta lógica, considerámos ser pertinente discutir a adequação atual da perspetiva de Freidson que defendia que a enfermagem não era uma profissão.

Considerámos ainda o conjunto diversificado de rápidas transformações pelas quais passou o SNS português. Referimo-nos à discussão em torno do seu financiamento e, em concreto, da sustentabilidade da sua gratuidade, ao avanço da medicina privada, à aposta numa organização descentralizada e à adoção de formas de gestão mais flexíveis e autónomas das organizações de saúde, nomeadamente pela criação de Unidades de Saúde Familiar e pela mudança no estatuto jurídico de alguns hospitais inicialmente para Sociedades Anónimas e depois em Entidades Públicas Empresariais, mudanças estas entendidas enquanto instrumentos para uma maior

racionalização da gestão hospitalar e que alargaram a autonomia dos gestores sobre os factores produtivos e sobre os sistemas de incentivos, acompanhadas pela descentralização financeira e pela contratualização dos serviços que se assumem de maior risco.

As organizações hospitalares tornaram-se, então, mais autónomas sendo a responsabilidade pela sua gestão atribuída aos seus próprios gestores que, gradualmente, assumiram o controlo dos factores produtivos e dos sistemas de incentivos das organizações hospitalares (2004). Estas mudanças ao nível da gestão e organização das instituições de saúde, mais próximas dos modelos de gestão privados, implicaram também mudanças ao nível da gestão dos seus recursos humanos, nomeadamente ao nível da sua contratação, dos critérios de desempenho e qualidade adotados e da utilização de sistemas de informação, entre outros. A acentuação do cariz empresarial das políticas públicas em saúde era de resto já sentida desde o final da década de 1990.

Os sistemas de saúde tal como são entendidos no contexto dos países da OCDE correspondem a uma concertada organização de esforços visando atingir resultados pré – estabelecidos, à escala nacional, regional ou local, no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Ferreira, 2004). Atendemos ao facto das organizações de saúde estarem enquadradas em cenários instáveis, dinâmicos e de elevado grau de sofisticação com sistemas técnicos de também elevada regulação e autonomia e recursos humanos com elevadas qualificações e grau de especialização.

Os sistemas de saúde têm sido marcados por uma crescente competição tanto ao nível dos recursos disponíveis como dos seus clientes. Considerámos ainda ao conjunto de influências que deram origem à atual configuração dos Estados-Providência e consequentemente das diretivas dos sistemas de saúde. O financiamento e a sustentabilidade dos sistemas de saúde têm vindo a motivar preocupações e procura de respostas para o aumento crescente da despesa pública com a saúde, na busca da eficácia do sistema e da rentabilização dos seus recursos humanos e materiais.

O SNS português tem uma génese beveridgeana pelo que é universal e financiado, quase na sua totalidade, pelo rendimento retido aos indivíduos sobre a forma de impostos. Este sistema tem passado por várias e rápidas transformações. Os pontos de discussão passam essencialmente pela questão da gratuidade do sistema e pelo avanço da medicina privada, que tornam a discussão sobre o SNS uma discussão política. Este debate tem procurado encontrar possibilidades de manter os custos

associados ao SNS, melhorar o desempenho do sistema de saúde face a um necessário aumento do financiamento do mesmo.

O desenvolvimento do sistema de saúde português foi motivado, segundo (Campos, 1984), por quatro determinantes: cultura, ideologia, peso institucional do sector hospitalar e uma luta interna pelo poder nas instituições. Acrescenta que ao longo do tempo, as transformações no sector da saúde estiveram sempre intrinsecamente associadas às relações entre Estado e Igreja, à dimensão jurisdicizante da administração, à lógica hospitalocêntrica e a uma estratégia de conquista e uso do poder no hospital. O autor considera que foi precisamente a componente jurisdicizante que conduziu a uma excessiva regulação formal do sistema que, ao longo do tempo, se traduziu no predomínio de uma lógica normativista do sistema de saúde em detrimento de uma desenvolvimentista. Afirma, portanto, que a legislação, fortemente influenciada por ideologias políticas, foi eleita enquanto motor de mudança do sistema, esperando-se que mudanças no enquadramento legal conduzissem a mudanças na realidade social.

Na falta de mecanismos de avaliação da eficácia da própria lei, tornou-se comum que os objetivos previstos nas políticas de saúde ficassem aquém do esperado reforçando-se, assim, o predomínio do normativismo sobre o desenvolvimentismo.

A análise histórica da evolução do sistema de saúde português apresentada por Carapinheiro (1993) evidencia precisamente a orientação hospitalocêntrica e a lógica normativista predominantes. Até à década de 1960, as políticas públicas em saúde colocavam o hospital no centro do sistema de prestação de cuidados de saúde. A partir desta data torna-se gradualmente mais explícita uma nova orientação das políticas de saúde que se traduziu numa mudança da lógica hospitalocêntrica dominante para uma lógica sanitarista. Esta última era caracterizada pela aposta na prevenção e promoção da saúde e num esforço de organização dos cuidados primários de saúde.

Em consequência, o hospital perdeu o seu carácter central, ainda que a autora afirme que este manteve um peso muito significativo na prestação de cuidados de saúde, independentemente da emergência de novas orientações políticas.

É na hegemonia dos hospitais no sistema de saúde nacional que radica a comum e fácil associação entre cultura médica portuguesa e a cultura do grupo profissional médico hospitalar e na consequente subvalorização de outras culturas profissionais na medicina não hospitalar, modelos de intervenção médica e até modelos de ação política. A importância e poder atribuídos ao hospital no sistema de saúde português tem

legitimado e influenciado o poder que estas organizações e os grupos profissionais que nestas trabalham detêm sobre as organizações e grupos que operam em seu torno.

Daqui resultam fenómenos de deslegitimação e de promoção da dependência destes últimos face às orientações provenientes do hospital. É por isso mesmo que Carapinheiro (1993) afirma que as políticas que interfiram nas carreiras profissionais hospitalares, nas condições materiais e técnicas de exercício neste contexto ou que produzem alterações na gestão dos hospitais são entendidos enquanto sinais prévios de mudança da relação de forças no campo da saúde.

O hospital funciona como um instrumento de reprodução das orientações políticas gerais para o sector da saúde, refletindo, de acordo com a sua estrutura de poder, as relações de força entre os grupos detentores das principais formas de poder social. Neste sentido, o hospital funciona enquanto local de mediação entre as opções económicas de base e as condições e as exigências do seu próprio sistema de produção. Não se trata, contudo, de um lugar de repercussão mecânica das orientações político-ideológicas dominantes, dado que não é possível atribuir-lhe uma autonomia total, retendo e usando, segundo uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores, embora decalcado do modelo geral de funcionamento e de valores sociais. O hospital adapta-se às mudanças políticas e económicas mas conserva uma importante margem de definição e de tomada de decisões sobre políticas médicas e hospitalares particulares, pelo que a determinação do lugar que ocupa no sistema de saúde passa pela determinação da sua posição no sistema de saúde na sociedade, o que equivale a restituir ao sistema hospitalar a sua historicidade.

A investigação sociológica sobre o hospital foi influenciada pelas tendências teóricas e empíricas de desenvolvimento da própria sociologia médica. Inicialmente foi encarado enquanto palco preferencial de investigações sociológicas acerca das atitudes e comportamentos dos doentes e situações de doença, construções sociais sobre a doença, tratamento, sistemas e dor e, ainda, da relação com a cultura médica.

Atualmente o hospital constitui um palco para o estudo de modelos de socialização dos profissionais de saúde, sobretudo de médicos e enfermeiros e dos problemas resultantes do confronto com práticas decorrentes do exercício profissional, além do seu papel enquanto organização social complexa que tem incorporada a noção moderna de serviço público. O hospital é o campo principal de produção do saber médico e da prática da medicina moderna (Freidson, 2008), o que lhe atribui grande relevância no sistema de prestação de cuidados de saúde, além de ser o símbolo do

poder social da profissão médica na medida em que representa a institucionalização do seu conhecimento especializado. Tanto os hospitais como as universidades conferem poder social à profissão médica, situação reforçada quando está em causa uma organização que agrega estas duas vertentes como são exemplo os dois hospitais escola considerados na nossa investigação.

O hospital reúne uma grande diversidade de profissionais com diferentes formações e processos de socialização profissional, posições hierárquicas, treino, competências e localizações na divisão do trabalho. Além disso, Carapinheiro (1993) alerta para a existência de diferentes ideologias entre os grupos profissionais em contexto hospitalar que passam por questões diretamente associadas ao exercício das suas funções, como é o caso do tratamento dos doentes, perante a posição face ao prolongamento da atividade profissional, como concluímos com esta investigação.

Alguns estudos que relacionam os hospitais com a teoria da burocracia de Weber afirmam que apesar destes partilharem características do tipo ideal de burocracia racional, diferem deste por terem como traço específico da organização hospitalar o poder e a autonomia profissional que os médicos detêm apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática, e concluem que existe um sistema dual de autoridade (Goss; Smith cit. por Carapinheiro, 1993). Estes últimos autores consideram que as normas e os valores profissionais dos médicos afetam mais a estrutura organizacional do que são afetados por ela. Assim, nas organizações profissionais as hierarquias não funcionam necessariamente de forma burocrática, sendo as “ordens” praticamente inexistentes e maximizando-se as “orientações”, caracterizadas pela insusceptibilidade de padronização e pela diferenciação, de acordo com a avaliação de cada caso e a autonomia revelada por cada profissional.

Correntes de pensamento de tradição marxista defendem que a condição de trabalhadores assalariados e inseridos em organizações burocráticas teve como consequência a proletarização de algumas profissões em saúde, nomeadamente dos médicos que perderam alguma da sua independência e controlo sobre o próprio trabalho (Freidson, 2008). Esta maior sujeição ao controlo e às regras da organização traduz-se, para alguns, inclusivamente na perda de competências profissionais.

O SNS tem sido marcado por políticas de racionalização das suas despesas que visam, nomeadamente, impedir que a evolução do sistema hospitalar ocorra sem controlo e apenas orientada pelas lógicas internas que lhe são específicas. Procura-se, pelo contrário, implementar um sistema concertado de decisões de cariz técnico,

económico, administrativo e orçamental, à luz de uma visão da medicina enquanto atividade que se integra cada vez mais na atividade económica geral sendo, portanto, suscetível de ser um alvo de práticas económicas de avaliação custo benefício. Esta orientação racionalizadora tem procurado transformar os hospitais em verdadeiras empresas, à semelhança de outras organizações e setores de atividade. Exemplo disso são as duas organizações hospitalares que consideramos neste estudo e que são atualmente Entidades Públicas Empresariais.

Na tentativa de atrair os poderes estabelecidos no hospital, particularmente o administrativo e o médico, para os fazer participar na definição e aplicação de políticas racionalizadoras o poder central entra em conflito com estes poderes. De facto, esta lógica racionalizadora introduziu importantes mudanças na estrutura de decisão do hospital que, em consequência, pode ser perspetivada de forma dicotómica: por um lado, a administração hospitalar com poder de decisão sobre um modelo racionalizador das atividades hospitalares; por outro, o corpo médico com base na sua autonomia e poder de auto-regulação. Carapinheiro (1993) considera que há uma maior e progressiva sensibilização e adesão às políticas de racionalização dos recursos, evidenciando-se uma maior permeabilidade dos vários grupos profissionais aos problemas da gestão hospitalar, nomeadamente dos médicos, ainda que se mantenham medidas cautelares da autonomia médica. Através de um estudo, a autora concluiu ser mais fácil aos serviços de um hospital universitário eximirem-se do controlo burocrático da organização na medida em que essas atividades de ensino e a sua vocação para a investigação lhes conferem uma importante margem de autonomia face aos objetivos da organização hospitalar, prevendo-se interna e externamente uma organização e gestão particulares. Dispõem ainda da possibilidade de planearem projetos profissionais e científicos próprios aos processos administrativos de racionalização do trabalho. Concluiu, então, que os médicos dos serviços hospitalares universitários estão menos dependentes da organização hospitalar comparativamente aos médicos de hospitais não universitários.

O contexto hospitalar é o ponto de encontro entre diferentes formas de poder, os seus respetivos universos simbólicos e as suas estratégias recíprocas. No conjunto destas estratégias e nas ideologias profissionais que lhe dão sentido dominam as estratégias médicas, delimitando no seu campo de ação tanto as estratégias de enfermagem e das restantes categorias de pessoal não médico, como a possibilidade de comportamentos estratégicos dos doentes. Uma das estratégias de poder dos médicos passa por fazerem prevalecer a sua pertença profissional face à institucional no âmbito do projeto de

organização do seu poder. Isto significa que há uma instrumentalização dos objetivos do hospital enquanto meio de acesso ao poder no seio do sistema médico através de modelos que orientam a organização da sua pertença à instituição. Quanto aos enfermeiros, a sua ação deve ser contextualizada nos limites e condicionamentos impostos pelas estratégias médicas. A posição objetiva do pessoal de enfermagem, entre a hierarquia administrativa hospitalar e a médica, colocada no centro de convergência da autoridade médica e da administrativa e cruzada pelos seus pontos de vista antagónicos, dificulta sobremaneira a definição das fronteiras da sua autonomia profissional relativamente ao trabalho médico e à correspondente relação de dependência hierárquica. Carapinheiro (1993) considera que as estratégias de conservação da autonomia dos médicos são facilitadas nos hospitais universitários dado que o modo de produção de cuidados domina linhas de cuidado muito especializadas e práticas de uma medicina tecnicista, com projetos profissionais e científicos definidos.

Uma outra característica indicada por Freidson (2008) prende-se com a importância das relações entre profissionais de saúde para a compreensão da sua organização, as quais podem ser mais relevantes que as regras formais estabelecidas. O autor destaca a importância dos trabalhadores mais velhos que, mesmo não exercendo um poder direto sobre o trabalho são, muitas vezes, a base para regras organizacionais informais e podem influenciar a tomada de decisão de outros profissionais.

Depois de definido e delimitado o enquadramento histórico, político e económico da realidade europeia e portuguesa sobre as características e desafios ao envelhecimento, considerámos as representações e práticas dos grupos profissionais que as protagonizam. Pretendemos, no nosso trabalho, então perceber o posicionamento dos trabalhadores relativamente à possibilidade de aposentação quando já reuniam as respetivas condições jurídico-administrativas para a solicitar.

Entendendo, então, por aposentação a *“cessação do exercício de funções, com a consequente atribuição de uma prestação pecuniária mensal vitalícia, designada por pensão”* (CGA, 2013). Um aposentado será aquele a quem foi atribuída uma pensão por requerer os requisitos legalmente estabelecidos. Difere do reformado por este último ter adquirido o direito a uma pensão na qualidade de militar ou equiparado.

Em Portugal, os contributos teóricos e os estudos desenvolvidos sobre esta problemática (Pestana, 2003; Mendes, 2005; Fernandes, 2007; Centeno, 2007) têm-se baseado numa abordagem de cariz macro social. Entendendo que esta deveria ser complementada por uma outra, alicerçada numa análise micro das representações e

práticas dos agentes situados organizacionalmente quanto ao prolongamento da atividade profissional, optámos pelo método de estudo de caso.

Procuramos conhecer a posição dos participantes no nosso estudo face ao prolongamento temporal da atividade profissional, às relações entre idade e tempo e formas de permanência no mercado de trabalho e aos processos de transição do emprego para a reforma. Este processo teve necessariamente subjacente a análise das condições legais de acesso à aposentação, bem como o enquadramento histórico, jurídico e organizacional dos dois hospitais. Não descuramos que as percepções e atitudes individuais possam ser influenciadas a nível macro, pelo contexto económico e político, mas, também a nível meso e micro, pelo contexto organizacional e grupal.

Face a este conjunto de questões sobre um momento fulcral de tomada de decisão entre o prolongamento temporal da vida profissional ou a saída por reforma, e tendo em conta uma perspetiva teórica de curso de vida, consideramos algumas linhas orientadoras que apontam para a maior qualificação de alguns profissionais, independentemente do posicionamento na organização. Estas impelem a uma reflexão profunda sobre a permanência no mercado de trabalho, sobre a experiência de bem-estar na trajetória profissional e sobre a uma representação positiva da idade que podem predispor ao prolongamento da atividade profissional.

Para uma melhor compreensão do âmbito e objetivos desta investigação, importa indicar e definir os principais conceitos nos quais ela se suporta. São eles envelhecimento, envelhecimento ativo e profissão.

O envelhecimento decorre do aumento da idade dos indivíduos, correspondendo a uma fase da vida caracterizada por um conjunto diverso de transformações aos mais variados níveis. Estas ocorrem, nomeadamente, ao nível do corpo, capacidades cognitivas, comportamento, representações e por uma redefinição do papel social ocupado nos diferentes contextos da sua vida. A análise do processo de envelhecimento comporta, portanto, três principais dimensões: biológica, psicológica e social (Schroots e Birren, 1980 cit. por Paúl, 2005b). O envelhecimento pode ser entendido, então, como *“um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como «idoso»”* (Fonseca, 2012a, p. 96).

Entendemos o envelhecimento ativo enquanto *“a participação contínua dos mais velhos na sociedade, enfatizando a competência e os conhecimentos deste grupo e*

o seu potencial enquanto recurso vital para a sociedade. Assume-se, na sua globalidade, como um novo paradigma destinado a alterar a perspetiva e os estereótipos negativos associados aos mais velhos” (Fernández-Ballesteros cit. por Ribeiro, 2012). O envelhecimento ativo faz parte das atuais agendas políticas e constituiu um importante modelo de análise e resposta ao processo de envelhecimento. Reforça a necessidade de uma maior proteção aos mais velhos, bem como da garantia dos seus direitos, nomeadamente ao nível da saúde, procurando-se alcançar uma melhor condição para os mais velhos que evite, portanto, custos acrescidos para os Estados ao nível dos sistemas de saúde e proteção social; do mercado de trabalho, por via de um aumento da idade de reforma que atenua o peso financeiro do pagamento de pensões; por uma participação social contínua que se enquadre no exercício da cidadania (Ribeiro, 2012).

O conceito de envelhecimento ativo tem ganho particular relevância enquanto movimento de reflexão acerca das construções sociais sobre a velhice, resultando daí estratégias de promoção da participação, aos mais variados níveis, dos mais velhos na sociedade. Na procura de definições para o conceito de envelhecimento ativo evidenciam-se dois traços complementares (Avramov e Maskova cit. por Lopes e Gonçalves, 2012). A primeira está orientada para a participação dos mais velhos (dos 55 aos 64 anos) no mercado de trabalho, no prolongamento temporal das suas trajetórias profissionais e nas condições de saúde e trabalho. É sobretudo utilizada pela EU-27, OCDE e Banco Mundial. A segunda está mais orientada para a participação social, saúde e bem-estar dos idosos, sendo sobretudo utilizada pela OMS.

Nesta investigação situámo-nos numa primeira perspetiva, de natureza laboral e económica e orientada para a permanência ou reinserção dos mais velhos no mercado de trabalho. A este respeito, considerámos não só as políticas de prolongamento temporal da sua atividade profissional mas, também, os seus interesses e objetivos que fundamentam a sua posição quanto ao prolongamento, ou não, da trajetória profissional.

Relativamente ao conceito de profissão, optámos por uma definição que dá conta de uma multiplicidade de aspetos que o conceito encerra. Entendemo-lo como o “*nível de qualificação média ou superior, assente em formação inicial correspondente ou em qualificações informais de longa aprendizagem; diferenciação e especificidade técnica ou científica permitindo algum grau de autonomia profissional e responsabilidades de enquadramento ou coordenação de atividades no domínio em causa; autoidentidade*

social mínima do grupo em questão; reconhecimento formal pelas entidades públicas administrativas, pelo mercado ou pela prática social” (Freire, 2004).

Depois de definidos os principais conceitos desta investigação e estruturados os seus eixos orientadores, constituímos as hipóteses teóricas que precisaram os seus objetivos e orientaram a procura de explicações para a problemática em estudo ao longo do processo de investigação.

Na conceção das hipóteses teóricas da nossa investigação sustentámo-nos em variáveis explicativas de enquadramento no sentido de dar consistência às mesmas. Foram estas (i) as recomposições demográficas e as suas articulações com as transformações económicas, culturais, políticas e sociais na EU-27 e em Portugal; (ii) as dinâmicas de transformação dos mercados de trabalho no sector da saúde: políticas públicas de emprego na UE-27 e em Portugal; (iii) a reconfiguração do profissionalismo dos dois grupos profissionais – médicos e enfermeiros com idades entre os 55 e os 65 anos; (iv) as características do estado-providência em Portugal e condições de acesso à aposentação; (v) as práticas de gestão do Ministério da Saúde e das duas organizações hospitalares em estudo face aos dois grupos profissionais – carreiras, remunerações e condições de retorno à atividade profissional perante a sua situação de aposentado; (vi) a estrutura e clima organizacional das duas organizações hospitalares em estudo.

Para a definição das hipóteses desta investigação tivemos em consideração dois cenários possíveis relacionados com a opção ora pelo prolongamento temporal da atividade profissional, ora pela aposentação. Considerando que a intenção do prolongamento temporal da atividade profissional está associada à satisfação e à importância atribuída ao exercício da mesma, elaboramos as seguintes hipóteses:

- *Quanto maior o grau de satisfação profissional maior é a intenção de prolongamento temporal da vida ativa*
- *Quanto maior é a importância atribuída à atividade profissional maior é a intenção de prolongamento temporal da vida ativa*

Relativamente à opção pela aposentação, consideramos que está associada ao conjunto de transformações operadas na gestão hospitalar bem como ao idadismo, pelo que elaboramos as hipóteses de seguida apresentadas:

- *Quanto pior é a avaliação das transformações ocorridas ao longo dos últimos dez anos ao nível da gestão hospitalar maior é a intenção de aposentação*
- *Quanto mais frequente são as percepções de idadeísmo em contexto de trabalho, maior é a intenção de aposentação*

Não obstante a procura de respostas às hipóteses apresentadas ter constituído o fio condutor do desenvolvimento desta investigação, outros aspetos foram contemplados. Traçámos o perfil sociodemográfico dos inquiridos à luz das principais transformações sociodemográficas que marcaram os dois grupos profissionais. Caracterizámos as organizações hospitalares consideradas, apresentando as causas e consequências do envelhecimento demográfico e discutimos as orientações e medidas políticas orientadas para a resposta ao envelhecimento da população, sobretudo ao nível de políticas de promoção do emprego entre os indivíduos mais velhos. Analisámos as representações sociais e as práticas entre médicos e enfermeiros em contexto hospitalar.

Após apresentarmos os objetivos que nos propusemos cumprir nesta investigação e termos indicados as hipóteses às quais procurámos responder, passaremos à apresentação da metodologia que adotámos.

1.3. METODOLOGIA

Neste ponto apresentaremos o desenho metodológico da investigação. Começaremos por uma abordagem geral da estratégia metodológica seguida, concretizando posteriormente o método e as técnicas de recolha e análise da informação adotadas. Indicámos, ainda, as principais características sociodemográficas da nossa amostra de profissionais inquiridos. Por fim, apresentámos as condições históricas e organizacionais de emergência e desenvolvimento das organizações hospitalares.

A investigação que desenvolvemos assumiu uma natureza hipotético-dedutiva, na medida em que definimos um conjunto de hipóteses cuja resposta procuramos alcançar com os resultados dos inquéritos por questionário que aplicámos.

Não obstante o desenvolvimento de uma abordagem marcadamente sociológica, consideramos os contributos de outras ciências sociais, nomeadamente a economia, a psicologia social e a demografia, com vista a um enriquecimento teórico, metodológico e empírico da nossa investigação.

Considerámos importante proceder ao cruzamento dos diferentes contributos teóricos e metodológicos, confrontando áreas do saber e perspectivas teóricas distintas. Pretendemos que a problemática teórica fosse integrada por corpus de conhecimento que permitisse uma reflexão heurística sobre o tema da investigação e nos possibilitasse avançar para um modelo de análise concetualmente flexível e multidimensional.

Para estruturarmos a investigação focámo-nos principalmente nos seguintes eixos analíticos: conceptualizações sobre a idade e os ciclos de vida; relações entre gerações nos contextos dos Estados-Providência europeus; relações entre os tempos de trabalho e os tempos de não trabalho; recomposições demográficas e suas articulações com as transformações económicas, culturais, políticas e sociais nas sociedades contemporâneas globalizadas; dinâmicas de transformação dos mercados de trabalho; políticas sociais em particular ao nível do emprego; reconfiguração do profissionalismo ao nível dos grupos profissionais da saúde.

Considerámos ainda as transformações ocorridas na sociedade portuguesa ao longo das últimas décadas, de modo a convocarmos para a investigação elementos de natureza sócio temporal, fundamentais para uma contextualização do objeto de estudo.

Para a construção do estado da arte e para alcançarmos uma visão mais alargada e diversificada sobre o tema e o objeto em análise, podendo a partir daí melhor definir ou retificar o nosso quadro teórico, conceptual e metodológico, realizámos um extenso trabalho de pesquisa bibliográfica que validou o interesse e pertinência do tema eleito para esta investigação. Acresce a sua notória importância para a constatação, logo no início, da inexistência de estudos em Portugal acerca do tema do prolongamento temporal da atividade profissional de profissionais de saúde, o que revela o carácter inovador desta investigação.

A pesquisa bibliográfica incidiu sobre as perspectivas teóricas de análise do envelhecimento, as dinâmicas e transformações do mercado de trabalho, a identificação e discussão de políticas públicas de incentivo ao prolongamento temporal da atividade profissional e pela exploração da literatura acerca dos fatores passíveis de condicionar a opção pelo prolongamento ou não da atividade, nomeadamente a satisfação e motivação no trabalho. A pesquisa bibliográfica foi central para uma melhor definição e

consolidação da problemática em estudo e para uma clarificação da nossa perspetiva reflexiva sobre o mesmo. Permitiu-nos também sedimentar a opção pela análise das práticas e representações sociais de médicos e enfermeiros, em particular, face à transição para a aposentação considerando os seguintes aspetos: a importância histórica, económica, política e sociocultural que têm assumido em Portugal ((org.), 2006) as recentes transformações da profissionalidade (padrões éticos, autonomia profissional, formação, regulação profissional, entre outros) dos médicos e dos enfermeiros, decorrentes quer do incremento científico e académico, quer das alterações institucionais e administrativas sofridas pelos hospitais, quer ainda da aplicação destes novos modos de gestão organizacional (carreiras, duração do trabalho, incompatibilidades profissionais, controlo do trabalho) pautados por critérios, de natureza racionalizadora e produtivista (Carapinheiro, 1993); a rarificação dos profissionais de saúde no mercado de trabalho (médicos particularmente), com implicações nos custos e nos modos de mobilização pelos empregadores, e a necessidade crescente da sua intervenção profissional qualificada. Acresce que estamos perante profissões institucionalizadas e com fortes identidades socioprofissionais baseadas no monopólio profissional e, por isso, com práticas singulares (corporativas e de fechamento social) face às transformações em curso, o que as elege como objeto de estudo pertinente (Dubar; Tripier, 1998; Rodrigues, 2012).

Realizámos também entrevistas exploratórias a académicos, dirigentes do Ministério da Saúde e médicos e enfermeiros das duas organizações hospitalares e com idade entre os 55 e os 65 anos. Colocámos o foco de análise no seu discurso e, portanto, na subjetividade inerente às suas práticas e representações necessariamente individuais mas contextualizadas do ponto de vista social e organizacional.

A principal técnica de recolha de informação eleita foi o inquérito por questionário³ que aplicamos ao universo de profissionais em estudo, de forma a obtermos uma visão generalizada do seu posicionamento face, em concreto, ao prolongamento temporal da vida profissional e das decisões subjacentes a este, mas também, de forma mais lata, a um leque diversificado de temas relacionados. Referimo-nos à sua caracterização sociodemográfica, trajetória profissional, identificação do seu

³ Os inquéritos por questionário aplicados a médicos e enfermeiros podem ser consultados, respetivamente, nos Anexos 1 e 2.

nível de satisfação no trabalho, fatores motivacionais no exercício da atividade profissional, posição face às políticas adotadas para o prolongamento temporal da atividade e existência de eventuais situações de discriminação com base, nomeadamente, na idade.

Não descurámos, todavia, a importância das dinâmicas e práticas organizacionais e laborais sobre as práticas e representações sociais dos indivíduos, tendo presente que a sua ação individual se insere num determinado contexto social. Considerando as qualificações e experiência dos profissionais em estudo e o seu contexto organizacional, importava dar conta das especificidades daí decorrentes. Porém, não foi nosso intuito proceder a uma generalização mas sim a uma especificação, possível por via do estudo de caso.

1.3.1. ESTUDO DE CASO E TÉCNICAS DE RECOLHA E TRATAMENTO DE INFORMAÇÃO

Optámos por uma análise intensiva, por via do método de estudo de caso. Considerando o seu carácter particularmente útil para a análise de contextos específicos (Yin, 1994), entendemos que a análise das práticas e das representações sociais de dois grupos profissionais com características específicas, inseridos em duas organizações hospitalares concretas, passaria precisamente por uma abordagem intensiva e de caso. A opção por este método possibilitou uma análise aprofundada do objeto empírico de estudo, captando as suas singularidades e permitindo a comparabilidade entre os dois grupos e os próprios hospitais, de modo, em particular, a estabelecer as relações entre os posicionamentos dos profissionais e dos contextos organizacionais dos hospitais.

Mantivemo-nos, contudo, atentos às limitações desta estratégia, nomeadamente ao nível da impossibilidade da generalização dos resultados empíricos alcançados. Conseguimos, todavia, uma análise detalhada do nosso objeto de estudo e, em consequência, um conhecimento mais profundo e consolidado acerca do mesmo.

Para recolhermos a informação necessária à prossecução dos objetivos e hipóteses desta investigação recorreremos à pesquisa bibliográfica, sobretudo numa fase inicial, realizámos entrevistas exploratórias de natureza semidiretiva e aplicámos um

inquérito por questionário ao universo dos profissionais em estudo, o qual constituiu o principal instrumento de recolha de informação. Os instrumentos mobilizados para a recolha de informação foram selecionados atendendo aos objetivos e hipóteses da investigação, bem como às características do objeto teórico e empírico de estudo.

Tendo presente que *“as fases e operações [do] processo [científico] se referenciam necessariamente a conteúdos teóricos que lhes conferem sentido, se articulam e lhes delimitam as potencialidades explicativas”* (Almeida; Pinto, 1975), assumimos a função de comando da teoria como axial ao longo desta investigação. Procedemos então a um intenso trabalho de pesquisa bibliográfica, especialmente numa fase inicial para um melhor conhecimento das fontes de informação disponíveis e dos contributos teóricos existentes. Assumimos, deste modo, uma postura de intensificação e articulação das leituras e dos dados recolhidos de forma a obtermos uma grelha de leitura do fenómeno em estudo mais completa e abrangente.

Para uma primeira aproximação ao objeto teórico considerámos e analisámos as seguintes fontes: livros, artigos, sites da internet, projetos, relatórios do INE, OCDE, MS, OMS, teses, revistas sobre os conceitos de envelhecimento, e de envelhecimento ativo em particular, aposentação, representações sociais e profissão; legislação sobre as condições legais previstas para o exercício da atividade profissional dos médicos e dos enfermeiros em contexto hospitalar, tendo em conta estes estarem inseridos em hospitais universitários onde podem acumular mais do que uma função, isto é, a medicina ou a enfermagem, a docência e a investigação e legislação sobre o enquadramento jurídico das organizações hospitalares em estudo.

Para um enquadramento legal e organizacional do objeto empírico de estudo procedemos a uma recolha de documentação sobre normativos jurídicos, dos sectores privados e públicos da economia, duração dos ciclos de vida profissional, relações coletivas de trabalho e contrato de trabalho e modos de gestão dos recursos humanos na Administração Pública, particularmente no sector hospitalar público. Por sua vez, o enquadramento político baseou-se na análise de documentos da UE-27 e do Estado português sobre o prolongamento temporal da vida profissional. Recolhemos e analisámos os dados do Inquérito ao Emprego, Quadros de Pessoal, Administração Pública sobre a população empregada, atendendo particularmente ao grupo etário dos 55 e mais anos. Igualmente foram recolhidos dados sobre a idade de passagem para a aposentação. Para a recolha de dados europeus procedemos a uma ação do mesmo tipo com base nos dados estatísticos produzidos pelo Eurostat e Eurofound. Estas tarefas

foram enquadradas por uma reflexão crítica das fontes documentais com uma especial atenção para as noções utilizadas – o caso dos trabalhadores mais velhos ou mesmo a noção de envelhecimento ativo – e para os processos de recolha de informação usados.

As leituras iniciais realizadas foram fundamentais para o desenho inicial do inquérito por questionário que aplicámos. Após reunirmos e analisarmos o conjunto de documentos anteriormente referidos e com relevância para o nosso trabalho, passámos para a sistematização da informação até então recolhida. Este trabalho permitiu-nos clarificar as grelhas de leitura do fenómeno em estudo e definir os procedimentos metodológicos a adotar para o desenvolvimento da investigação, nomeadamente na recolha de informação no terreno.

Numa fase posterior à pesquisa bibliográfica, optámos por uma abordagem de cariz mais qualitativo por via da realização de entrevistas exploratórias a elementos representativos do nosso objeto empírico de estudo. Entrevistámos académicos especialistas nas temáticas da saúde e do mercado de trabalho, sendo um deles um antigo dirigente do Ministério da Saúde, dois quadros superiores dos dois hospitais, nove médicos e sete enfermeiros, com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos, e especialistas quer no envelhecimento quer no mercado de trabalho⁴. Estas entrevistas visaram uma aproximação inicial ao objeto empírico de estudo em termos do prolongamento da vida ativa dos grupos profissionais⁵.

Em termos metodológicos importa referir que as entrevistas exploratórias têm raízes no paradigma qualitativo. São amplamente consideradas num momento inicial de qualquer investigação científica pelo seu potencial de aproximação ao objeto de estudo (Flick, 2004; Whyte, 1984). A nossa opção teve subjacente uma melhor clarificação da nossa problemática, o alargamento dos conhecimentos adquiridos sobre os temas em análise, a exploração de pistas de investigação suscitadas pela teoria e a reflexão e retificação das nossas leituras. Elegemos em concreto guiões de entrevista semiestruturados (Flick, 2004), adequados ao leque de questões necessariamente mais restritas que colocamos aos entrevistados. Com a opção por este tipo de guiões pretendemos alcançar uma maior focalização e diretividade para o alcance da informação pretendida. As questões elaboradas tiveram, então, uma dupla exigência que, de resto, é característica das entrevistas a especialistas: a sua especificidade, de

⁴ Os guiões de entrevista utilizados são apresentados em anexo: a médicos e enfermeiros no Anexo 3, a responsáveis de recursos humanos das duas organizações hospitalares no Anexo 4 e aos académicos no Anexo 5.

⁵ A análise horizontal às entrevistas realizadas aos médicos e enfermeiros é apresentada no Anexo 6.

forma a ser obtida a informação pretendida mas, em simultâneo, a sua amplitude para alcance de um leque de informação complementar que alargasse os horizontes da pesquisa. Tal facto evidencia fortemente a importância da informação prévia recolhida pelo investigador e que é fulcral no desenvolvimento das entrevistas.

Estando os objetivos das entrevistas previamente definidos, e considerando o seu carácter semiestruturado, optámos por incitar os entrevistados à reflexão sobre os seus comentários espontâneos, levando-os a explorar as suas próprias representações e aprofundando o seu sentido. Em todo este processo assumimos uma postura neutra e vigilante e uma forma de comunicação recíproca e controlada.

Relativamente à entrevista com os especialistas académicos na temática do envelhecimento ativo, destacámos a sua importância para uma melhor clarificação concetual do envelhecimento ativo, nomeadamente ao nível do seu contexto de origem, objetivos e utilização enquanto estratégia de resposta ao fenómeno do envelhecimento demográfico. Para ambos, o fenómeno do envelhecimento populacional obrigará necessariamente a um aumento da taxa de emprego dos mais velhos, sendo outra alternativa inoportuna para os sistemas de Segurança Social. Reforçaram, contudo, a necessidade de qualquer política de promoção do envelhecimento ativo ter que atender necessariamente às características de cada país ou contexto⁶. No caso português, destaca que o cumprimento de algumas das metas definidas neste âmbito se deve sobretudo aos constrangimentos socioeconómicos da realidade portuguesa, que impelem a um prolongamento da atividade profissional, nomeadamente, e não tanto a uma efetiva definição e aplicação de medidas de envelhecimento ativo.

As entrevistas aos técnicos com responsabilidades nos serviços de gestão de recursos humanos das duas organizações hospitalares revelaram-se particularmente importantes para o conhecimento do volume e principais características dos médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos nos dois hospitais, das políticas e orientações seguidas a respeito da gestão dos recursos humanos e da posição face aos desafios colocados pela aposentação dos seus profissionais.

Uma terceira técnica utilizada para a recolha de informação foi o inquérito por questionário. A definição da sua estrutura e conteúdo teve na sua base os quadros teóricos e metodológicos analisados ao longo de uma primeira fase de pesquisa bibliográfica, bem como os resultados das entrevistas exploratórias realizadas.

⁶ No Anexo 7 é apresentado um conjunto mais alargado de notas às entrevistas realizadas a estes especialistas.

Mobilizámos, portanto, os contributos teóricos da bibliografia consultada acerca do envelhecimento [ativo], das políticas sociais sobre o prolongamento temporal da atividade profissional, do funcionamento do mercado de trabalho e da legislação sobre a aposentação e as carreiras profissionais dos grupos em análise. Considerámos ainda as pistas avançadas pelos profissionais de saúde e pelos especialistas entrevistados.

Na estruturação do inquérito e na formulação das suas questões atentámos na teoria mais relevante sobre a utilização deste instrumento (Bravo, 1999; Creswell, 2002; Hill; Hill, 2009; Matalon, 2005; Quivy; Campenhoudt, 1998). Para os dois grupos profissionais em estudo – médicos e enfermeiros - foi elaborado um inquérito por questionário com uma estrutura e conteúdo idênticos, com exceção da formulação das questões, adequada a cada um dos grupos.

A fase de construção deste inquérito decorreu durante longos meses no processo desta investigação. Esta demora deveu-se essencialmente às controvérsias que envolvem o tema do prolongamento temporal, ou não, da atividade profissional e às recentes e constantes alterações legislativas em Portugal com impacto nesta área. Trata-se, de facto, de um tema bastante atual mas envolto em controvérsia que se arrasta já desde o fim do século XX. Tal deve-se, sobretudo, numa primeira fase de reestruturação ao período de tentativas do poder político em implementar medidas menos bem-sucedidas, como as pré-reformas e as reformas antecipadas, a fim de criar espaço no mercado de trabalho para os mais jovens, retirando antecipadamente os mais velhos com regalias associadas ao processo. Numa segunda fase, a real e inevitável preocupação com o agravamento da sustentabilidade do sistema de proteção social, exigindo reformar as condições para a aposentação.

Iniciámos o inquérito⁷ pela apresentação do estudo aos inquiridos, dando-lhes conta do seu objetivo e enquadramento. Garantimos o sigilo da informação e a não identificação das fontes. Indicámos, também, a forma e prazo de preenchimento do inquérito e o contacto para esclarecimento de qualquer dúvida ou pedido de informação.

O inquérito por questionário foi composto por oito grupos de questões. No primeiro, foram solicitadas informações de cariz sociodemográfico para a caracterização dos inquiridos: sexo, idade, estado civil, nacionalidade, concelho de residência, habilitações académicas do inquirido (grau, ano de conclusão, área(s)/domínio científico

⁷ Os inquéritos aplicados a médicos e enfermeiros são apresentados nos Anexos 6 e 7, respetivamente.

e razões para a obtenção do grau de doutor), nível de escolaridade, condição perante o trabalho, profissão e situação laboral dos pais e do cônjuge (se aplicável).

O segundo grupo foi dedicado à recolha de indicadores acerca da trajetória profissional dos inquiridos, a saber: ano e tipo de organização de início de atividade enquanto médico/enfermeiro; especialidade profissional no momento; posição atual na carreira; anos de exercício profissional no hospital atual; modalidade de relação contratual; exercício de atividade em regime cumulativo e, se sim, qual o tipo de atividade (s); exercício de atividades além da prestação de cuidados de saúde.

No terceiro grupo formulámos um conjunto de questões relativas ao grau de satisfação dos inquiridos face à sua atividade profissional.

O quarto grupo teve como objetivo conhecer a opinião dos profissionais em análise acerca da sua profissão. Inicialmente, os inquiridos foram solicitados a indicar dois principais atributos para o exercício da sua profissão. Foi-lhes, também, pedido que indicassem o grau de importância atribuído a um conjunto de nove itens associados à sua atividade profissional. Considerando as alterações legislativas introduzidas na carreira médica/de enfermagem foi solicitado que indicassem três aspetos mais positivos e três mais negativos. Apresentámos uma escala de quatro posições e pedimos aos inquiridos que avaliassem (i) a defesa dos interesses da sua classe profissional em geral, (ii) o papel dos sindicatos e (iii) o papel da Ordem enquanto instâncias de representação de cada um dos grupos profissionais na condução do processo de reestruturação das respetivas carreiras.

Já na quinta parte tivemos como objetivo conhecer a opinião dos inquiridos acerca da categoria profissional do outro grupo, ou seja, dos médicos face aos enfermeiros e vice-versa. Recorrendo a uma escala de quatro posições solicitámos que indicassem a importância atribuída ao outro grupo para a sua atividade profissional e, com a mesma escala, que avaliassem cinco atributos valorizados na ação do outro grupo profissional durante o período de diagnóstico e acompanhamento ao longo do processo de doença, em contexto hospitalar. De uma lista de quatro atributos, pedimos que indicassem aqueles que ficam (i) mais comprometidos e (ii) mais preservados ao longo do processo de envelhecimento no outro grupo profissional.

O sexto grupo focou-se na opinião dos inquiridos relativamente à organização hospitalar onde exercem a sua atividade profissional. Pedimos-lhes que avaliassem as transformações ocorridas ao longo dos últimos dez anos ao nível da gestão hospitalar, recorrendo a uma escala de cinco posições: muito positivas, positivas, negativas, muito

negativas, foram medidas necessárias. Questionámos ainda os inquiridos acerca do seu conhecimento quanto à legislação atual sobre a passagem à aposentação e pedimos que indicassem aqueles que consideraram terem sido os principais impactos dessas transformações no exercício da sua atividade profissional. Terminámos este grupo questionando os inquiridos quanto à existência, ou não, de situações de discriminação, positiva ou negativa, com base na idade ocorridas na organização hospitalar a que estão afetos. A existirem, solicitámos um exemplo dessas mesmas situações.

No sétimo grupo recolhemos a opinião dos inquiridos face à sua idade, ao seu processo de envelhecimento, às suas expetativas e aspirações futuras. Para tal, apresentámos nove premissas relativas ao estatuto dos trabalhadores mais velhos no seio das organizações hospitalares, pedindo aos inquiridos que se posicionassem quanto às mesmas. Foi solicitada a indicação do grau de concordância com duas medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (com idade entre os 55 e os 65 ou mais anos). Solicitámos, ainda, aos inquiridos que indicassem se consideram que (i) deveria existir uma idade legalmente estipulada para a aposentação, (ii) que é correta a dispensa, em primeiro lugar, dos trabalhadores mais velhos pelas organizações hospitalares com necessidade de redução dos seus recursos humanos e (iii) se pelo contrário, é correto, em caso de necessidade, que as organizações hospitalares preservem em primeiro lugar os trabalhadores mais velhos. Neste grupo, questionámos ainda os inquiridos quanto à idade com que tencionavam aposentar-se e, se lhes fosse permitido no momento, se pediriam a aposentação. Para cada uma das possibilidades de resposta a esta última questão apresentamos cinco possíveis motivos para a aposentação, ou não, solicitando aos inquiridos que indicassem se os mesmos são, ou não, relevantes para a sua posição. Terminámos, solicitando a indicação dos limites mínimo e máximo do intervalo de penalização que os inquiridos consideravam razoável em caso de saída antecipada face à idade legal de aposentação.

Por último, no oitavo grupo, solicitámos aos inquiridos que opinassem acerca das medidas públicas no sector da saúde relativamente à sua categoria profissional. Pedimos-lhes que, considerando uma escala de quatro pontos, indicassem (i) a sua posição relativamente ao regime que possibilita aos médicos/enfermeiros aposentados o prolongamento temporal da sua atividade profissional no sector público e (ii) a sua concordância com a possibilidade dos profissionais auferirem uma pensão social parcial, sendo dado como exemplo o trabalho a tempo parcial com pagamento apenas de uma parte da pensão. Foram apresentados sete aspetos relacionados com a ação do

governo quanto às políticas globais de gestão das pensões, tendo sido pedido aos inquiridos que se posicionassem face aos mesmos.

O inquérito terminou com uma questão aberta, por via da qual os inquiridos foram convidados a indicar as medidas políticas que entendessem que o governo deveria implementar, no setor da saúde, para benefício específico dos trabalhadores com mais de 55 anos da categoria profissional do respondente.

Na construção do inquérito por questionário aplicado, considerámos pertinente incorporar escalas psicométricas para a medição das suas atitudes e representações sobre a sua satisfação profissional, aspetos valorizados no exercício da sua profissão (médicos/enfermeiros) e a posição face às políticas públicas de gestão das pensões. Para a seleção dos itens a considerar em cada escala para a medição dos aspetos anteriores tivemos em consideração as perspetivas teóricas, resultados dos estudos empíricos e legislação relativos aos temas abordados em cada escala.

A opção por um número par ou ímpar de alternativas de resposta em escalas psicométricas não é consensual, sobretudo quando está em causa a medição de opiniões, atitudes e representações (Hill; Hill, 2009). As duas possibilidades acompanham-se de vantagens e desvantagens. Depois de uma revisão da literatura relativa à construção deste tipo de escala optámos por considerar quatro níveis de resposta. Na base da nossa escolha esteve a intenção de evitar a tendência para respostas no meio da escala – o designado erro de tendência central, uma opção adequada quando o objetivo é evitar a propensão para respostas consideradas neutras que não reflitam a efetiva opinião dos participantes. De facto, a literatura (Flick, 2004; Foddy, 1996) refere que, em assuntos mais sensíveis, como é o caso da avaliação da satisfação no trabalho, da prática profissional e da posição face ao enquadramento legal atual da aposentação, assuntos que afetam diretamente os participantes, a possibilidade de um julgamento e a consciência da existência de um “risco” para o inquirido perante a necessidade de justificação de uma avaliação positiva ou negativa fazem com que, tendencialmente, estes optem por uma resposta neutra. Conscientes deste perigo, e de forma a evitá-lo, optámos então por uma escala par de quatro níveis de resposta, forçando os inquiridos a demonstrarem uma atitude positiva ou negativa ou de concordância ou discordância, consoante a escala considerada. Não obstante, temos consciência de que a opção por este tipo de escala impossibilitou, naturalmente, respostas efetivamente neutras.

Para a análise estatística dos resultados optámos por técnicas de estatística bivariada e multivariada. Recorremos à análise de componentes principais com rotação

de *direct oblimin* (ou *varimax*) para identificar o número de componentes principais/dimensões de resposta sugeridas pelos dados, bem como os itens pertencentes a cada componente. Importa clarificar que esta técnica visa sumariar variáveis tendo um carácter essencialmente descritivo. O objetivo da sua utilização prende-se com a substituição de um dado número de variáveis correlacionadas por um número menor de dimensões não correlacionadas (as componentes principais) que aglomerem a maior parte da informação das variáveis originais. Trata-se, portanto de uma técnica que permite procurar padrões de relações entre um conjunto inicial de variáveis.

Consideramos que a associação entre os itens e as componentes principais era forte quando a correlação era superior a 0,70, moderada se entre 0,30 e 0,70 e fraca se inferior a 0,30. A avaliação da consistência interna das dimensões identificadas, isto é, o grau em que os itens se correlacionavam entre si, foi feita com recurso ao cálculo do Alfa de Cronbach global. As pontuações de cada dimensão foram calculadas através da média dos itens correspondentes (a pontuação variou entre 1 e 4). Quanto maior o valor das pontuações maior era a importância, concordância ou a satisfação com a dimensão. A comparação entre as pontuações dos dois grupos profissionais e as organizações hospitalares foi feita com recurso ao teste t-Student para 2 amostras independentes ou o teste de Mann-Whitney.

Por fim, importa referir que os dados resultantes do inquérito por questionário foram objeto de análise uni e bivariada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 20. Foram, ainda, alvo de procedimentos de estatística multivariada com recurso ao software R 2.12.1. Este último tratamento estatístico dos dados foi feito por um técnico superior do Departamento de Epidemiologia Clínica, Medicina Preditiva e Saúde Pública da FMUP.

As características das técnicas utilizadas e os pressupostos subjacentes a cada uma serão indicados aquando da apresentação dos resultados.

1.3.2. REFLEXÃO SOBRE O CAMINHO METODOLÓGICO

Ao longo da investigação que desenvolvemos mantivemos a consciência de que o contacto com os participantes e a nossa presença nas organizações hospitalares eleitas

poderia motivar uma reação defensiva do próprio sistema, ou seja, tanto dos profissionais como das organizações em si. Esta é, de resto, uma consequência comum em investigações em contextos organizacionais que se pode constituir, de facto, como factor de rutura ou ruído, sobretudo quando estas não correspondem, no imediato, a uma mais-valia para as instituições ou grupos em estudo (Wolff cit. por Flick, 2004).

Ao longo do nosso estudo sentimos algumas dificuldades sobretudo a dois níveis: organizacional e individual. Estas foram ultrapassadas, ou pelo menos mitigadas, por via do estabelecimento de uma relação de transparência e clareza quanto ao âmbito e objetivos desta investigação. Esforçamo-nos por criar e fortalecer uma relação de confiança propiciadora de um efetivo envolvimento das partes e atenuadora das discrepâncias de interesses e perspetivas das partes envolvidas. Apresentámos, portanto, um dossiê completo acerca do nosso estudo, nomeadamente ao nível dos seus objetivos e metodologia, aos organismos competentes de cada organização hospitalar, tendo a concretização do mesmo sido aprovada pelas respetivas Comissões de Ética.

No caso particular dos participantes no estudo, foi fulcral a garantia do anonimato e da confidencialidade das informações recolhidas através do inquérito por questionário mas, também, de outros contatos realizados por nós. Foi, ainda, nossa preocupação respeitar e cumprir as normas e procedimentos das duas organizações, de forma a mitigar os possíveis impactos da mesma no normal funcionamento das organizações e no trabalho dos seus profissionais.

Os profissionais não esconderam a surpresa, o reconhecimento, mas também algum desconforto face ao confronto com o tema de aposentação que, considerando a sua idade, lhes é tão próximo e sensível. Este envolve uma reflexão muito ponderada sobre a decisão a tomar, a qual influencia necessariamente a qualidade dos seus projetos de vida, com as suas expectativas acumuladas ao longo das suas trajetórias de vida pessoal e profissional. Além disso, os profissionais consideraram o inquérito extenso, facto que para nós tinha constituído um grande desafio aquando da sua elaboração. Tratando-se de um estudo inovador foi difícil selecionar e conter a nossa curiosidade sobre os múltiplos aspetos a questionar face à posição destes profissionais sobre o tema em análise; na sua grande maioria, ambos os grupos evidenciaram resistência ao preenchimento do inquérito pela indisponibilidade das suas rotinas e pelo próprio tema. Uns, porque ainda não tinham pensado no assunto ou não queriam ainda pensá-lo, numa atitude, percecionada por nós, de fuga adiada; outros, porque se encontravam zangados com a permanente inconstância legislativa vivida nos últimos

anos e outros, ainda, por medo em manifestar a sua opinião pelo suposto risco de serem identificados pela organização hospitalar através dos dados sociodemográficos solicitados e pela categoria profissional.

Alguns participantes no estudo revelavam este receio, pois aceitavam o inquérito para conhecerem o que perguntávamos em concreto mas posteriormente, no momento da recolha devolviam-no em branco. Este receio foi também evidenciado por alguns diretores de serviço dos hospitais quando solicitámos a sua colaboração na distribuição dos inquéritos aos colegas que se encontravam no escalão etário por nós eleito. Estes temiam que a execução da estratégia não fosse entendida por alguns colegas num contexto de investigação, mas constituísse uma outra estratégia que passava pelo exercício de pressão para eles tomarem a iniciativa de se aposentarem porque já não estavam a ser desejados no serviço e eram discriminados. Nestas situações, o contacto foi estabelecido por nós através de uma reunião ora individual ora em grupo marcada com os profissionais, onde se identificava, documentando-se, inclusivamente com a autorização da Comissão de Ética dos hospitais. Neste momento, explicitamos todos os detalhes associados ao processo de investigação, respondendo a todas as questões que lhe foram colocadas. Estas passavam pelo anonimato, pela divulgação dos dados, pela garantia de que seria a investigadora a realizar a recolha do inquérito em envelope fechado, onde verificavam que só existia a identificação da organização hospitalar.

Pensar acerca da disponibilidade e da aceitação dos profissionais de estudo que inquirimos implica necessariamente considerar o conceito de reflexividade (BeckGiddens; Lash, 2000), ou seja, perceber como é que esses profissionais refletem acerca do ambiente que os rodeia, do seu lugar no mundo social e como agem em função de deliberações reflexivas nos seus contextos de pertença. Importa então pensar os projetos e as estratégias delineadas pelos médicos e enfermeiros alvo de estudo, considerando as circunstâncias sociais, laborais e políticas em que inserem, além dos recursos que têm disponíveis, os quais podem funcionar como constrangimento ou como capacitação à concretização desses mesmos projetos e estratégias.

No caso das resistências sentidas à resposta ao inquérito, nomeadamente por receio dos profissionais que os dados obtidos fossem utilizados para seu prejuízo pela administração das organizações hospitalares, importa considerar a influência da estrutura sobre os indivíduos para que Beck, Giddens e Lash (2000) chamam a atenção. Esta influência pode interiorizar-se nas consciências individuais, condicionando, ou não, as ações dos indivíduos. A interiorização das estruturas sociais desenvolve nos sujeitos

um conhecimento prático do real que lhes permite delinear ações adequadas às suas probabilidades objetivas.

A atual era de globalização acarreta um conjunto diversificado e amplo de consequências aos mais variados níveis. A dimensão contraditória deste processo torna difícil a previsão das suas implicações. Mais complexa se torna esta situação quando as consequências referidas radicam em novas formas de risco, bastante distintas das observadas no passado, as quais tinham efeitos conhecidos e causas determinadas (Giddens, 1995). Estes riscos tocam várias esferas da vida do indivíduo, nomeadamente ao nível do emprego ou da sua construção identitária. Decorre daqui o conceito de sociedade de risco, inicialmente apresentado por Beck, a qual é marcada pela *“possibilidade de uma (auto) destruição criativa para toda uma era: a da sociedade industrial”*. Ressalta-se que *“o sujeito dessa destruição não é a revolução, não é a crise, mas a vitória da modernização ocidental”* (Beck et al., 2000).

Consequência do contínuo dinamismo da sociedade de risco é a autodestruição dos seus mecanismos e organizações os quais dão lugar a outros, constituindo-se, assim, as designadas etapas da modernidade reflexiva. Tal acontece na esfera do trabalho, nomeadamente, marcado por uma maior flexibilização e insegurança, por novas formas de organização empresarial e do próprio trabalho, bem como por níveis mais elevados de desemprego (Beck, 1999). No entanto, Beck afirma que o trabalho mantém o seu carácter de principal elemento de referência identitária para os indivíduos, funcionando como um fator da sua inclusão social. Não deixam, portanto, de ser caricatas as atuais dificuldades de acesso e manutenção do emprego quando este é central para os indivíduos. As trajetórias profissionais do passado, marcadas pela segurança e progressão no emprego deram lugar a novas formas de organização do trabalho marcadas pela incerteza face ao futuro profissional.

Os riscos do envelhecimento demográfico, nomeadamente ao nível do mercado de trabalho pela maior insegurança sentida e pelo crescente adiar do término da atividade profissional dos indivíduos, enquadram-se precisamente no conjunto de alterações que Beck (1999) refere. Os receios dos inquiridos em participarem nesta investigação, por via da resposta ao inquérito por questionário refletem precisamente a sua consciência face aos riscos decorrentes das profundas mutações verificadas ao nível do trabalho e do emprego.. No seu caso em concreto, referimo-nos às alterações no acesso à aposentação, por via do prolongamento da atividade profissional e da alteração das condições do mesmo, bem como das alterações nas carreiras médicas e de

enfermagem, as quais vieram impactar diretamente na prática quotidiana e nas expectativas destes profissionais de saúde. Os receios demonstrados são, de outra forma, reflexo dos maiores riscos a que estão sujeitos.

1.3.3. UNIVERSO E AMOSTRA

Neste ponto faremos a caracterização do universo e da amostra de médicos e enfermeiros do nosso estudo. Para o primeiro indicaremos o seu volume global e a distribuição por sexo. Já para a caracterização dos participantes no estudo utilizaremos os resultados recolhidos através dos inquéritos por questionário e que se referem à sua caracterização sociodemográfica.

1.3.3.1. DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO DE REFERÊNCIA

A informação relativa ao universo de médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos em exercício de funções no HSA e no HSJ foi obtida junto dos respetivos Serviços de Gestão de Recursos Humanos dos dois hospitais.

Relativamente aos profissionais do HSA observámos que no final de 2011 existiam 159 médicos e 85 enfermeiros potencialmente participantes no nosso estudo. Salientámos, também, um aumento expressivo de mulheres entre o grupo profissional médico ao longo do período a que se referem os dados fornecidos, processo este de feminização característica do grupo de enfermagem atendendo ao maior e expressivo número de mulheres deste grupo em exercício de funções no HSA. A distribuição por grupo profissional e sexo do HSA é apresentada no quadro seguinte.

Quadro 1. Médicos e enfermeiros entre os 55 e os 65 anos do HSA, por sexo

Ano	Médicos		Enfermeiros	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2001	22	14	0	36
2002	72	35	14	148
2003	56	38	17	168
2004	60	29	11	148
2005	65	30	8	137
2006	57	35	4	104
2007	64	40	3	102
2008	78	37	4	100
2009	90	45	7	84
2010	86	51	9	75
2011	87	52	10	75
2012 (1º trimestre)	84	53	9	80

Fonte: Serviço de Gestão de Recursos Humanos do HSA, 2012.

No caso do HSJ, no final de 2011 exerciam funções neste hospital 207 médicos e 123 enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos. Também neste hospital se observou um aumento considerável do número de mulheres no grupo profissional dos médicos, pelo que naquele ano cerca de dois terços dos médicos deste hospital com idade no período considerado eram mulheres. Relativamente ao grupo profissional dos enfermeiros o peso do sexo feminino foi sempre claramente superior ao de homens, não se observando variações significativas ao longo do período considerado.

Quadro 2. Médicos e enfermeiros entre os 55 e os 65 anos do HSJ, por sexo

Ano	Médicos		Enfermeiros	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
2001	116	43	11	93
2002	119	52	14	113
2003	113	57	10	116
2004	90	52	10	95
2005	91	57	9	109
2006	100	59	14	111
2007	104	63	12	71
2008	103	66	10	68
2009	108	75	13	82
2010	118	79	19	100
2011	123	84	16	107
2012 (1º trimestre)	118	86	15	97

Fonte: Serviço de Gestão de Recursos Humanos do HSJ, 2012.

Após obtermos a aprovação das Comissões de Ética dos dois hospitais e de identificarmos os profissionais que reuniam condições para participarem na nossa investigação, passámos à fase de aplicação dos inquéritos. Por uma questão de rigor processual procuramos aplicar o instrumento de recolha de dados em simultâneo nas duas organizações. No HSJ iniciámos a aplicação em início de novembro de 2011 e no HSA no princípio de dezembro. Concluímos a aplicação nos dois hospitais no final de janeiro de 2012. Considerando a amplitude do período de aplicação dos inquéritos nas duas organizações, o universo de profissionais considerado variou ao longo do período de aplicação dos inquéritos em função, nomeadamente, das saídas por aposentação.

Todos os inquéritos foram aplicados unicamente por nós. A abordagem inicial de aplicação dos inquéritos foi acordada com ambas as Comissões de Ética. Contactámos os médicos e enfermeiros diretores de serviço que, por sua vez, delegaram a responsabilidade em outros profissionais responsáveis pelos respetivos serviços.

Considerando as diferentes configurações dos diversos serviços dos dois hospitais a aplicação dos inquéritos acabou por variar entre hospitais e serviços de forma a que a aplicação causasse o menor incómodo para os profissionais e para a organização dos serviços⁸. A todos os profissionais foi transmitida informação sobre o propósito da nossa investigação.

Verificámos que o número de médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos que, no momento da aplicação dos inquéritos, encontrámos a exercer funções nas duas organizações hospitalares diferia ligeiramente dos dados que nos tinham sido facultados pelos respetivos Serviços de Recursos Humanos. Percebemos que esta divergência decorria do facto dessas listagens incluírem profissionais (em número residual) que, no momento, não se encontravam ao serviço, nomeadamente por baixa médica prolongada ou por alocação temporária noutra organização. Incluídos estes

⁸ O procedimento mais comum passou por entregar os inquéritos ao responsável pelo serviço que se responsabilizou pela distribuição. Ficou estabelecido que fariamos a recolha oito dias depois junto deste. Não obstante, o procedimento foi diferente nos dois hospitais sendo condicionado pela metodologia sugerida. No HSJ foi a enfermeira diretora a distribuir os inquéritos por cada enfermeiro supervisor que por sua vez entregou aos enfermeiros a inquirir. No HSA foi-nos recomendado que contactássemos os enfermeiros supervisores para que distribuíssem os inquéritos a enfermeiros com turnos. A restante distribuição foi feita por nós. Com os médicos houve necessidade de uma segunda fase de aplicação nos dois hospitais para repescagem dos inquéritos não respondidos. Para o efeito, foi solicitada a autorização ao diretor de serviço para falarmos diretamente com os profissionais.

casos, concluímos ter um universo de 367 profissionais de saúde que reuniam condições de participação no estudo, reforçamos ainda a ideia, que nem todos estivessem disponíveis para responder ao mesmo, pelos motivos supracitados.

Obtivemos a participação efetiva de 231 profissionais. Destes 78 exerciam funções no HSA e 153 no HSJ, 160 eram médicos e 71 eram enfermeiros. A taxa de resposta foi de 62,9%.

Quadro 3. Universo de referência e inquéritos recolhidos

	Universo de referência	Inquéritos recolhidos
HSA	122	78
Médicos	84	51
Enfermeiros	38	27
HSJ	245	153
Médicos	167	109
Enfermeiros	78	44
Total	367	231

Após termos delimitado o universo que serviu de referência à constituição das nossas amostras de médicos e enfermeiros iremos, no ponto seguinte, apresentar as características dos participantes na nossa investigação.

1.3.3.2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS INQUIRIDOS

Na definição do perfil sociodemográfico dos participantes considerámos dois indicadores discriminatórios: o grupo profissional e a organização hospitalar.

Iniciaremos a análise considerando o grupo profissional. Do conjunto dos 231 profissionais que responderam ao inquérito a maioria eram médicos (69,3%). Os dois grupos profissionais (enfermeiros *versus* médicos) apresentavam diferenças estatisticamente significativas em termos de sexo, predominando o feminino (76,1% *versus* 35,7%), conclusão de doutoramento (0% *versus* 22,9%) e das habilitações literárias dos pais. Não se observaram diferenças relativamente ao hospital de exercício de funções (62% *versus* 68,1% do HSJ) e predominaram os participantes com idade entre os 55 e os 60 anos (92,6% *versus* 86,6%).

Quadro 4. Características sociodemográficas dos participantes por grupo profissional

	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Hospital				
HSJ	44	62,0	109	68,1
HSA	27	38,0	51	31,9
Sexo				
Masculino	17	23,9	103	64,4
Feminino	54	76,1	57	35,7
Idade (anos)				
55 aos 60	63	92,6	123	86,6
61 aos 65	5	7,4	19	13,4
Habilitações literárias do próprio				
Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado	63	100	123	77,4
Doutoramento	0	0,0	36	22,9
Habilitações literárias do pai				
Ensino básico	46	78,0	59	39,9
Ensino secundário	7	11,9	27	18,2
Ensino superior	6	10,2	62	41,9
Habilitações literárias da mãe				
Ensino básico	49	84,5	83	56,5
Ensino secundário	8	13,8	38	25,9
Ensino superior	1	1,7	26	17,7

Na informação do quadro anterior importa acrescentar o peso dos enfermeiros e médicos casados ou em união de facto (67,5% *versus* 75,5%), com nacionalidade portuguesa (100% *versus* 97,2%) e residência na Área Metropolitana do Porto (98,5% *versus* 97,3%), sobretudo no Porto onde se localizam os dois hospitais considerados.

Relativamente à família de origem – os pais, ou de pertença – com o cônjuge, importa atender em algumas semelhanças e diferenças entre grupos profissionais. Enfermeiros e médicos partilham a elevada percentagem de cônjuges na condição de empregados(as) (73,9% *versus* 81%) e na situação de trabalho por conta de outrem (78% *versus* 74,4%). Diferem, contudo, na condição de doméstico(a) (19,6% *versus* 3,2%) e de aposentado(a) (4,3% *versus* 15,1%). Naturalmente, a condição perante o trabalho dominante entre os pais dos inquiridos dos dois grupos profissionais é a de aposentado(a) a qual, no caso das mães, concorre com a de doméstica. Quanto à sua situação laboral, predomina a de trabalhador por conta de outrem, especialmente entre os pais, sendo uma parcela significativa das mães trabalhadoras familiares não-remuneradas (o que se coaduna com a condição de domésticas).

Importa ainda referir que da análise das profissões exercidas pelos cônjuges e progenitores apurámos que 89,5% dos primeiros e 31,3% dos pais (homens) dos médicos exercem uma profissão do grupo dos Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas. Entre os enfermeiros apenas 42,1% dos cônjuges exercem uma profissão do grupo anterior. Já entre os progenitores há uma grande distribuição pelos vários grupos de profissões, não obstante a relevância do grupo dos Trabalhadores Não Qualificados entre os pais (15,5%) (sendo 82,5% das mães domésticas).

A maioria dos médicos e enfermeiros são oriundos da classe dos Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais (EDL) (47,9% *versus* 41,9%).⁹ A análise das restantes situações revela importantes diferenças entre grupos profissionais. No caso dos médicos, a soma daqueles cuja classe de origem é de Profissionais Técnicos e de Enquadramento (PTE) com EDL totaliza 82,4%. Entre os enfermeiros, a classe de PTE tem uma importância residual, sendo os Agricultores Independentes e Operários Industriais aqueles que assumem maior relevância (18,6% em ambos os casos).

No que diz respeito à classe social de pertença dos médicos e enfermeiros inquiridos, a dos Profissionais Técnicos e de Enquadramento é aquela que maior expressão assume (84,8% *versus* 83,7%).

Quadro 5. Indicadores familiares de classe de origem e de pertença dos participantes¹⁰

	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Lugar de classe de origem				
Assalariados Agrícolas	3	7,0	0	0,0
Agricultores Independentes	8	18,6	4	3,4
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	18	41,9	57	47,9
Empregados executantes	3	7,0	9	7,6
Operários industriais	8	18,6	4	3,4
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	2	4,7	41	34,5
Trabalhadores Independentes	1	2,3	4	3,4
Total	43	100,0	119	100,0
Lugar de classe de pertença				
Empresários, Dirigentes e Profissionais Liberais	7	16,3	21	15,2
Profissionais Técnicos e de Enquadramento	36	83,7	117	84,8
Total	43	100,0	138	100,0

⁹ No caso da mãe ser doméstica, apurámos o lugar de classe da família de origem com base na profissão e situação nesta do pai.

¹⁰ Na construção do lugar de classe foi utilizada a tipologia de Machado et al (2003).

A propósito da origem social dos médicos, Nuno Santos Jorge defende que o “*recrutamento social desta classe profissional é bastante mais elevado e homogêneo do que em outras áreas do saber, o que é, em parte, uma consequência da excelência escolar estar fortemente associada à «excelência social»*” (2000, p. 6). Inquéritos realizados por instituições de ensino superior portuguesas, nomeadamente os desenvolvidos pelo Observatório dos Novos Alunos da Universidade Nova de Lisboa e promovido pelo CEOS – Investigações Sociológicas, da Universidade Nova de Lisboa, bem como pelo Observatório do Emprego da Universidade do Porto, confirmam as elevadas origens sociais dos alunos de medicina – uma parte muito significativa destes descende de quadros superiores, pertencem a agregados familiares com elevados capitais económico e escolar. Daqui se conclui existir uma lógica de reprodução do capital escolar, social e económico da família de origem dos médicos em Portugal, características estas fortalecidas por via da união com indivíduos também de elevados capitais. É, ainda, de sublinhar que esta lógica se tem verificado ao longo de vários anos, mantendo-se atualmente tal como revelam os dados deste estudo.

Atentando no segundo indicador discriminatório, a organização hospitalar de exercício de funções (HSJ *versus* HSA), não se encontraram diferenças significativas entre os participantes em relação aos indicadores considerados no quadro anterior, com exceção da conclusão do doutoramento (21,9% *versus* 5,4%). Importa contudo referir que no HSJ apenas os médicos concluíram este grau académico.

A maior percentagem de profissionais do HSJ que indicou ter concluído um doutoramento poderá estar relacionada com a associação entre as organizações hospitalares em estudo e as duas escolas de medicina da cidade do Porto e, em consequência, das múltiplas funções exercidas pelos profissionais inquiridos. O HSJ e o HSA são dois hospitais universitários associados à FMUP e ao ICBAS, respetivamente. Assim, vários profissionais destas instituições dividem-se entre a prática clínica, a docência e a investigação. Para estes, a conclusão de um doutoramento reveste-se de grande importância por se constituir como uma importante etapa, ou mesmo como resultado, das funções de investigador, bem como se assume de grande importância para a atividade de docente. A atestar esta ideia está o facto de, quando questionados acerca das razões inerentes à conclusão de um doutoramento, a generalidade dos médicos que concluiu este grau de ensino indicou precisamente o interesse na prossecução e desenvolvimento da carreira docente na área da medicina no ensino superior (24 respostas em 35 casos de doutoramento).

Quadro 6. Descrição dos participantes por organização hospitalar

	HSJ		HSA	
	N	%	N	%
Grupo profissional	153	66,2	78	33,8
Enfermeiros	44	28,2	27	34,6
Médicos	109	71,2	51	65,4
Sexo				
Masculino	84	54,9	36	46,2
Feminino	69	45,1	42	53,8
Idade (anos)				
55 aos 60	98	94,2	28	87,5
61 aos 65	6	5,8	4	12,5
Habilitações literárias				
Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado	114	78,1	72	94,7
Doutoramento	32	21,9	4	5,3
Habilitações literárias do pai				
Ensino básico	69	49,6	36	52,9
Ensino secundário	24	70,6	10	14,7
Ensino superior	46	33,1	22	32,4
Habilitações literárias da mãe				
Ensino básico	84	20,1	48	70,6
Ensino secundário	31	22,6	15	22,1
Ensino superior	22	16,1	5	7,4

Traçado o perfil sociodemográficos dos participantes na nossa investigação, é momento de caracterizarmos as organizações hospitalares nas quais os mesmos exercem funções.

1.4. ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Neste ponto apresentamos as duas organizações hospitalares nas quais exercem funções os dois grupos profissionais que constituem o nosso objeto de estudo. Faremos uma apresentação breve e esquemática com base em análise documental sobre o contexto histórico de emergência e de desenvolvimento das duas organizações até ao presente e a caracterização e discussão das suas valências de prestação de cuidados de saúde, de ensino e de investigação; e, ainda, a apresentação da sua estrutura organizacional atual.

Apesar dos dois hospitais terem surgido em períodos históricos com características substancialmente diferentes, partilharam ao longo do tempo um lugar central no panorama dos cuidados de saúde, no ensino da Medicina e Cirurgia e na investigação científica em Portugal. São duas organizações hospitalares gerais, centrais e universitárias que integram centros hospitalares e partilham o mesmo estatuto jurídico. Os dois hospitais têm, também, um conjunto de protocolos de cooperação com variadas instituições vocacionados para os cuidados em saúde e para o ensino e investigação, com o objetivo de prestarem melhores serviços de saúde e promoverem o desenvolvimento científico. Trata-se, portanto, de duas instituições hospitalares dinâmicas e com fortes ligações ao meio envolvente.

A história dos dois hospitais está profundamente relacionada, sendo inegável a ligação de ambos ao crescimento e desenvolvimento da cidade do Porto, à prestação de cuidados de saúde, ao sistema de ensino em saúde e à produção científica em Portugal.

1.4.1. HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO, EPE

Até finais do século XVIII existia na cidade do Porto o Hospital - Albergaria de Roque Amador, sob responsabilidade da Câmara Municipal do Porto até 1521. Neste ano, por ordem de D. Manuel I, a sua gestão passou para a Santa Casa da Misericórdia.

Em 1605 foram iniciadas obras de ampliação financiadas por uma doação de D.

Lopo de Almeida, mecenas que viria a dar o seu nome ao hospital aquando da sua conclusão em 1689. No ano de 1641, teve início o ensino de cirurgia neste hospital, ainda que o mesmo não estivesse suportado num plano de estudo oficialmente definido pelo que os conteúdos ministrados eram de responsabilidade dos cirurgiões (Centro Hospitalar do Porto, 2007).

Com o desenvolvimento da cidade do Porto, e com o crescimento da sua população, tornou-se cada vez mais notória a necessidade de um hospital com capacidade para mais doentes e com melhores condições. A Misericórdia do Porto não dispunha, contudo, de verbas para financiar tal projeto, pelo que se iniciou um movimento de recolha de donativos junto de ilustres da cidade com vista à edificação de um novo hospital (Bastos, 1931).

A construção do que seria depois designado por HSA iniciou-se em 1770 com o intuito de substituir o Hospital D. Lopo de Almeida. Ao arquiteto inglês John Carr foi pedido um edifício amplo e de grandes dimensões. Em finais de 1799 foi concluída a construção da ala sul do edifício, o qual começou a receber de imediato os primeiros doentes. As obras sofreram, contudo, um significativo atraso em consequência das invasões francesas e das dificuldades colocadas pela própria geografia do terreno o que adiou a conclusão da construção do hospital para 1824. As condições do terreno, muito pantanoso, marcaram o ritmo da construção nos anos que se seguiram, tendo sido mesmo motivo para que, em 1857, o Conselho Médico do Hospital tenha considerado o edifício como inapropriado para o tratamento de doentes, recomendando a construção de um novo hospital. Contudo, este manteve-se em funcionamento, continuando a receber e a tratar doentes (Centro Hospitalar do Porto, 2007).

Durante a construção deste edifício de arquitetura neoclássica foram realizadas várias alterações ao projeto inicial, em consequência dos custos muito elevados da obra. O hospital foi, então, construído sem a fachada traseira e com redução das alas sul e norte. Assim, além da sua importância em termos da prestação de cuidados na cidade do Porto, o HSA marcou, também, a arquitetura do Porto (IGESPAR, 2012).

Em inícios do século XIX a educação médica em Portugal “*sofria [...] os efeitos deletérios da hegemonia da Universidade de Coimbra*”, cujo ensino era acusado de ser «teorizante»” (Costa cit. por Gomes, 2009:11). Em consequência, o Cirurgião-Mor do Reino convenceu o rei D. João VI da necessidade da criação de duas escolas de cirurgia no país: uma em Lisboa, no Hospital de São José, e outra no Porto, no HSA. Em 25 de novembro de 1825, por deliberação do rei, é então criada a Régia Escola de Cirurgia do

Porto. A criação destas duas escolas cirúrgicas marcou profundamente a formação em cirurgia em Portugal¹¹ dando início a uma forte ligação entre o HSA e o sistema de ensino médico em Portugal.

Em consequência do golpe de Estado de 1836, a Revolução de Setembro, Manuel da Silva Passos - conhecido por Passos Manuel, tornou-se ministro do reino e iniciou a reorganização do ensino médico no país. Por sua ação, as Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e do Porto passaram a designar-se Escolas Médico-Cirúrgicas, apesar de não se constituírem ainda enquanto faculdades e não possuírem um hospital universitário, ao contrário do que acontecia com o ensino médico em Coimbra.

A localização da Escola Médico-Cirúrgica do Porto na ala nascente do HSA constituía um entrave ao desenvolvimento do ensino médico na cidade. Havia falta de espaço e de equipamentos necessários ao ensino, nomeadamente um teatro anatómico e uma biblioteca. Ainda assim, em 1866 o curso de medicina aqui ministrado foi equiparado ao da Universidade de Coimbra o que permitiu aos alunos da primeira a certificação da sua formação e, consequentemente, a igualdade de direitos em relação à restante classe médica portuguesa da época.

O problema da falta de espaço, impeditivo do bom funcionamento das atividades da Escola, foi solucionado em 1883 com a construção de um novo edifício, em frente ao HSA, onde passaria a funcionar a Escola Médico-Cirúrgica do Porto¹². Em 1911, por DR do Governo Provisório da República, a Escola Médico-Cirúrgica do Porto, à semelhança Escola de Lisboa, foi elevada à categoria de faculdade, procedendo-se à sua integração na Universidade do Porto, instituição criada no mesmo ano. Esta mudança no estatuto da Escola acarretou também mudanças ao nível da formação em Medicina (Santos, 1996). Até então, existiam os chamados preparatórios médicos, com duração de cinco anos, ciclo a que se seguia a realização de cinco disciplinas na Academia Politécnica, na Faculdade de Filosofia da Universidade de Coimbra, ou na Escola Politécnica de Lisboa. A formação em Medicina tinha então uma duração de seis anos e terminava necessariamente com uma tese doutoral.

¹¹ Até então grande parte dos profissionais que exerciam funções de cirurgia (sangradores, dentistas, algebristas, boticários, parteiras e emplastadeiras) marcada pela falta de formação científica e pela inexperiência. Acresce que, não raras vezes, a realização de um exame para acesso a funções de cirurgia não passava de uma mera formalidade.

¹² Algumas áreas de estudo, como a Anatomia e a Fisiologia, foram transferidas para as novas instalações, ainda que o ensino da Medicina e da Cirurgia se tenha mantido nas antigas instalações do HSA, não existindo acesso aos serviços de ambulatório e de urgência.

Após a reforma de 1911 o plano de ensino em medicina foi alterado. Terminaram os preparatórios médicos e houve uma forte aposta na vertente prática da aprendizagem, por via da obrigatoriedade de frequência das aulas práticas, e no trabalho em laboratório e em clínica. As disciplinas que compunham o ciclo de estudo dividiam-se em dois grupos e, cada um destes, em cursos, lecionados por professores ou primeiros-assistentes, e cadeiras, lecionadas por professores ordinários e extraordinários. O ciclo de formação foi dividido em dois momentos: no primeiro eram ministradas as disciplinas consideradas basilares à formação médica; no segundo, os alunos passavam aos hospitais e outras organizações de saúde para aí poderem aplicar e desenvolver conhecimentos. O término do curso passou a estar dependente da realização de um estágio prático complementar que atribuía aos estudantes o título de bacharel. A realização de uma tese, antes obrigatória, tornou-se apenas necessária aos alunos que pretendessem o grau de doutor. Ocorreu, então, uma importante mudança no ensino da Medicina e Cirurgia em Portugal.

Nos anos subsequentes tornou-se clara a necessidade de novas medidas com vista à melhoria do ensino ministrado. O Governo nomeou então uma comissão de trabalho com o objetivo de apresentar medidas de melhoria do ensino. Em resultado do seu trabalho, em 1918 procedeu-se a uma nova organização do ensino médico, nomeadamente ao nível da composição do corpo docente, das disciplinas lecionadas, do intercâmbio cultural e científico e de uma maior aposta na vertente prática.

Ao longo das décadas que se seguiram, o HSA manteve um papel central na prestação de cuidados de saúde no Porto e no Norte do país, em simultâneo com a sua contínua ligação ao sistema de ensino médico e de investigação científica. Esta última dimensão materializa-se por via da sua ligação ao curso de Medicina do ICBAS. Esta instituição de ensino foi criada em 1975 por um grupo de personalidades da Universidade do Porto com inspiração no pensamento e obra de Abel Salazar, seu patrono. Desde a sua criação que o ICBAS assumiu o seu carácter multidisciplinar e multiprofissional na área das Ciências da Vida sob o lema de que *“um médico que só sabe Medicina nem Medicina sabe”*.

O crescimento e desenvolvimento do HSA ao longo dos anos evidenciou a falta de espaço para responder adequadamente às necessidades dos seus serviços e utentes. Assim, entre 1993 e 1998 foi construída uma nova ala no hospital que veio complementar as instalações até então existentes, ocupando o espaço vago pela não

construção do inicialmente projetado. A opção recaiu, contudo, num edifício moderno e com melhores condições de atendimento aos utentes.

O ano de 2007 constituiu um novo marco para este hospital pela publicação do Decreto-Lei nº. 326/2007, de 28 de setembro, o qual definiu que o HSA, a Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia passariam a constituir o Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.. Em abril de 2011 o Hospital Joaquim Urbano foi também integrado neste Centro Hospitalar. O CHP foi criado com o estatuto jurídico de E.P.E. entendido enquanto “*o modelo mais adequado à gestão das unidades de cuidados de saúde diferenciados, na medida em que compatibiliza a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental*” (Decreto-Lei nº. 326/2007)

A área de influência atual do HSA abarca todas as freguesias da cidade do Porto, com exceção de Paranhos, Campanhã e Bonfim, e pelo concelho de Gondomar. O HSA é também a organização de saúde de referência para os distritos do Porto, Bragança e Vila Real, para os concelhos de Amarante, Baião, Marco de Canaveses e aqueles a sul do Douro pertencentes aos distritos de Aveiro e Viseu. Em 2011, este hospital foi a organização hospitalar de influência e referência para 881 844 habitantes das áreas indicadas. Considerando todos os hospitais que compõem o CHP este número aumenta para 2 991 624 milhões de pessoas (Centro Hospitalar do Porto, 2012).

O HSA está organizado em departamentos e centros de responsabilidade que constituem “*unidades funcionais com objetivos próprios, integrados nos objetivos definidos para o Centro Hospitalar do Porto*” (Centro Hospitalar do Porto, 2007). Os departamentos estão divididos em serviços e estes, por sua vez, em unidades funcionais¹³. É constituído por um conselho de administração ao qual reportam variadas comissões de apoio técnico. Tem, ao mesmo nível, a figura de um fiscal único e um conselho consultivo. Sob alçada do conselho de administração estão, ainda, os departamentos/serviços clínicos, a área de gestão e logística, os serviços de suporte e prestação de cuidados e o departamento de ensino, formação e investigação.

O HSA partilha a missão do Centro Hospitalar do Porto, ou seja, alcançar “*a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde [centrando-se] na Prestação de Cuidados que melhorem a saúde dos doentes e da*

¹³ O HSA comporta os seguintes departamentos: Medicina; Cirurgia; Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos; Orto fisioterapia; Anestesiologia; Cuidados Intensivos e Emergência; Patologia Laboratorial; Imagiologia; Ambulatório; Conselho de Transplantação; Mulher e Neonatologia; Infância e Adolescência; Pedopsiquiatria e Saúde Mental da infância e da Adolescência; Bloco Operatório; Serviço de Urgência; Psiquiatria de Ligação e Psicologia da saúde; Gestão de Altas e Cuidados Continuados; Ensino, Formação e Investigação.

população, em atividades de elevada diferenciação e no apoio e articulação com as restantes instituições de saúde [e privilegiando e valorizando] o ensino pré e pós-graduado e incentiva a investigação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde” (Centro Hospitalar do Porto, 2012). Na missão do Centro está patente a sua relação e, por associação, do HSA com outras organizações de saúde – centros hospitalares, unidades locais de saúde e hospitais, através de atividades de parceria e cooperação.

1.4.2. HOSPITAL DE SÃO JOÃO, EPE

A criação e desenvolvimento do HSJ está intimamente relacionada com a história do ensino médico na cidade do Porto. Importa recordar que no início do século XX existia na cidade a Escola Médico-Cirúrgica do Porto com instalações no HSA e em edifício contíguo. Apesar da importância desta escola para o ensino médico-cirúrgico da cidade e do país eram notórias as dificuldades ao desenvolvimento de um ensino de qualidade em consequência da falta de instalações adequadas para o efeito. Como resposta a esta necessidade, o Presidente do Conselho de Ministros, António de Oliveira Salazar, comunicou ao país em 1933 a construção de dois hospitais universitários em Lisboa e no Porto, anexos às respetivas faculdades de medicina (Ministério das Obras Públicas e Comunicações, 1933). Era intuito do Estado que os dois hospitais estivessem orientados simultaneamente para o ensino e investigação e para a assistência hospitalar.

Em 1955 o DR 40/303, de 3 de setembro, definiu que o já edificado Hospital Escolar do Porto passaria a designar-se como HSJ ganhando, assim, “*o nome do Santo patrono da Ordem Soberana e Militar Hospitalária de São João de Jerusalém, de Rodes e de Malta, fundada no século XI, na Terra Santa*” (Gomes, 2009:47).

O diploma orgânico do HSJ foi publicado em 1958. Tinha expresso os princípios de cooperação e complementaridade com o HSA além da obrigatoriedade de garantia de condições adequadas de ensino à FMUP. Definia ainda a autonomia técnica e administrativa do hospital e as regalias concedidas aos demais estabelecimentos oficiais de assistência hospitalar. O administrador responsável respondia diretamente ao Ministro do Interior e a direção técnica ficou a cargo do diretor de serviços clínicos,

auxiliado por diretores e chefes de serviço. O referido DR indicava também que o HSJ seria constituído por serviços administrativos, clínicos, farmacêuticos e de enfermagem, devendo assegurar “*a assistência a doentes tanto em casos de urgência como em regime de internato, de consulta externa e de tratamento no domicílio*” (Gomes, 2009, p. 48). A inauguração oficial deste hospital ocorreu a 24 de junho de 1959¹⁴.

Em 1968 foi publicada a Lei da Organização Hospitalar (Ministério da Saúde e da Assistência, 1968a) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Ministério da Saúde e da Assistência, 1968b) segundo os quais passariam a ser designados por “escolares” os hospitais que possibilitassem às faculdades o desenvolvimento de atividades de ensino e investigação, não obstante o reconhecimento das limitações que podem advir das atividades de assistência hospitalar e saúde pública também exercidas por estas instituições. A legislação era, todavia, confusa no que respeita aos órgãos de governo dos hospitais e às suas competências, bem como ao tipo de relacionamento com as faculdades. Em consequência, os hospitais escolares passaram a exercer as suas atividades de ensino/investigação e assistência sem a devida clarificação de como estas duas vertentes se deveriam organizar e articular e, ainda, de como se processaria a organização com os dois organismos de tutela: o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (Gomes, 2009:79).

A sobrelotação provocada pela abertura do serviço de urgência do hospital e a massificação do ensino universitário durante a década de 1970, evidenciaram as limitações físicas das instalações do HSJ e da FMUP. Apesar disso vários novos serviços foram abertos nos anos que se seguiram acompanhados, em alguns casos, pela construção de novas estruturas¹⁵.

¹⁴ Os seus serviços estavam organizados em unidades clínicas constituídas por uma enfermaria de oito camas, duas de seis e outras duas de três camas, além de um quarto com uma única cama, com uma capacidade total para vinte e sete doentes. Estas unidades possuíam ainda uma sala de tratamento, uma sala de trabalho, uma copa, uma sala de estar/refeitório, um gabinete médico, um pequeno laboratório e serviços de higiene. Comportavam, igualmente, laboratórios de análises de salas de Raio X e salas para consultas externas de Medicina, Cirurgia e especialidades médicas. O hospital tinha também dezoito salas de operações, quatro das quais permitiam a observação a partir de um andar superior para efeitos de ensino.

¹⁵ Em 1970 foi criado o Hospital de Dia de Psiquiatria vocacionado para a prevenção e tratamento do doente mental sem necessidade do seu internamento. No final de 1971, o Conselho de Administração do hospital estabeleceu como prioridade a abertura dos Serviços de Internamento em Psiquiatria – que só viria a acontecer em 1978, de Cirurgia Vascular, das secções de Nefrologia, Dermatologia Clínica e de Prematuros (Pediatría) e da Unidade Coronária, reivindicando-se, da mesma forma, a construção de instalações adequadas para o funcionamento dos serviços de Traumatologia, de Ortopedia e de consultas externas. Muitos destes objetivos prioritários foram apenas concretizadas após o 25 de Abril de 1974. Exceção feita ao serviço de Traumatologia, inaugurado em 1973, como consequência da decomposição do serviço de Orto traumatologia. Os serviços de Ortopedia e de Traumatologia passaram, então, a

A nova administração do hospital foi responsável pela criação, em 2002, de novas Unidades de Cuidados Intensivos (Infeciologia e Neurocirurgia) e de Cuidados Intermédios (nos departamento de Cirurgia e Medicina e nos serviços de Cardiologia). Foi responsável, ainda, pela abertura das Unidades de Acidentes Vasculares Cerebrais e de Doente Neutro pénicos. Em 2003, entrou em funcionamento o Hospital de Dia não Oncológico e a Unidade de Queimados

Em 2005 o Conselho de Ministros aprovou o DR 233/2005, de 29 de dezembro, que alterou o estatuto jurídico do HSJ para entidade pública empresarial (Ministério da Saúde, 2005). Esta medida teve como objetivo submeter algumas *“unidades do Serviço Nacional de Saúde a um regime jurídico que, atendendo ao serviço público por elas prestado, permitisse uma maior intervenção ao nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência, a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde”* (Gomes, 2009:129) criando-se, então, condições para uma gestão autónoma destas instituições hospitalares.

A transformação em entidade pública empresarial constituiu um marco no processo de reorganização interna da organização e um investimento nas suas

funcionar autonomamente, à semelhança da sua configuração inicial aquando da inauguração do hospital em 1959. O serviço de Nefrologia nasceu em 1977 e um ano depois iniciou-se o funcionamento do serviço de Internamento em Psiquiatria. No mesmo ano, criaram-se os serviços de Imunologia, de Cirurgia Torácica e de Pneumologia. Em 1979 entrou em funcionamento a Unidade Coronária para o acompanhamento e tratamento dos doentes cardíacos agudos. Nos anos que se seguiram, mais unidades e serviços entraram em funcionamento: em 1983 foi inaugurada a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; em 1984 o serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva; em 1986 o serviço de Urgência Pediátrica autonomizou-se do serviço de Urgência; em 1997 constituiu-se a primeira Comissão de Ética do hospital, iniciativa de carácter inédito entre as organizações hospitalares portuguesas; em 1989, com natureza pioneira, foi criado o Centro de Cirurgia Torácica, em funcionamento nas mesmas instalações e com recurso ao mesmo equipamento e pessoal do restante hospital, diferenciando-se apenas pela sua autonomia económico-financeira em relação. Esta diferenciação na estrutura organizativa foi possível graças à Lei de Gestão Hospitalar que tornou “possível criar, dentro dos hospitais estatais, estruturas com quadro de pessoal próprio, geridas segundo um regulamento interno e autorizadas a exercer, simultaneamente, medicina pública e privada”. Com esta lei surgiram, então, os Centros de Responsabilidade e de Custos.

Apesar das limitações orçamentais surgiu em 1989 uma Unidade de Cuidados Intensivos. Em 1991 entrou em funcionamento o Centro de Fertilização *in vitro*. No mesmo ano começou a ser utilizado um pré-fabricado para consultas externas dos serviços de Neurologia, de Neurocirurgia, de Anestesia e da Dor. Mais tarde, foram possibilitadas consultas externas, ainda neste pavilhão, para os serviços de Medicina Interna, de Imunoalergologia, de Endocrinologia e de Nefrologia. Em 1993 foi inaugurada a Unidade de Recro Operatória da Cirurgia Programada, as instalações do serviço de Estomatologia e o Hospital de Dia de Oncologia. Em 1994 abriu o serviço de Radioterapia. Até ao final da década de 1990, foi concluída a construção do bloco operatório central, do bloco de partos, do internamento de Obstetrícia, da Unidade de Neonatologia, das instalações para triagem, da sala de Orto traumatologia (no Serviço de Urgência), e foi reformulada a Unidade Coronária, o Hospital de Dia de Doenças Infeciosas, a Cirurgia Ambulatória, a Central de Colheitas, a Unidade de Hematologia Clínica, os Cuidados Intensivos em Cardiologia, a Unidade de Neurologia Pediátrica, o serviço de Medicina Nuclear e a Unidade de Neutro pénicos.

infraestruturas, tendo em vista melhores condições para os seus utentes e profissionais. Em consequência, as suas áreas de ação médica passaram a ser organizadas em seis Unidades Autónomas de Gestão (UAG): Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; Medicina; Cirurgia; Mulher e da Criança; Urgência e Cuidados Intensivos; Saúde Mental. As UAG têm como objetivo *“assegurar ampla autonomia e responsabilização na gestão dos recursos financeiros, humanos e tecnológicos das diferentes áreas da organização hospitalar, tendo em vista o incremento da qualidade, rapidez e eficiência dos serviços assistenciais”* (Gomes, 2009:131). Além das UAG, a estrutura orgânica do HSJ compõe-se por um conselho de administração, por um grupo de Órgãos e Comissões de Apoio Técnico, Serviços e Órgãos de Ação Médica, Serviços de Suporte à Prestação de Cuidados, Serviços de Gestão e Logística, Serviços e Órgãos de Suporte ao Conselho de Administração pela Direção do Internato Médico e por uma Comissão Mista HSJ/FMU (Centro Hospitalar do João, 2006). Em 2008 foi inaugurada a nova Urgência Pediátrica, além da Unidade de Diagnóstico de Patologia Mamária. O HSJ oferece quotidianamente assistência em 33 especialidades médicas e cirúrgicas¹⁶.

O DR 30/2011 de 2 de março definiu a criação, a partir de 1 de abril de 2011, do CHSJ em resultado da fusão de duas unidades hospitalares: o HSJ e o Hospital de Nossa Senhora da Conceição. Desde então, as duas unidades iniciaram um processo de integração gradual cujo desenvolvimento permite, no presente, afirmar o sucesso dessa mesma integração (Centro Hospitalar de São João, 2012). O CHP presta assistência direta a quatro freguesias da cidade do Porto (Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar) e aos concelhos da Maia e Valongo. É, ainda, a referência para o distrito do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses) e, no contexto das Redes de Referência Hospitalar, para os distritos de Braga e Viana do Castelo. Considerando a sua tecnologia e recursos humanos, o Centro Hospitalar de São João é ainda referência para cidadãos com residência mais distante. Segundo os dados do

¹⁶ Anestesiologia, Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cirurgia pediátrica, Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial, Cirurgia Torácica, Cirurgia vascular, Cuidados Intensivos, Cuidados Paliativos, Dermatologia, Doenças Infeciosas, Endocrinologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Ginecologia e Obstetrícia, Hematologia Clínica, Hematologia e Oncologia Pediátrica, Imunoalergologia, Medicina Interna, Nefrologia, Neonatologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria Médica, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia e Urologia. Dispõe. Tem ainda um conjunto de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a saber: Anatomia Patológica, Patologia Clínica, Imunohemoterapia, Radioterapia, Radiologia, Medicina Nuclear, Medicina Física e de Reabilitação, Neurorradiologia e Neurofisiologia. O HSJ é, em algumas situações, a última instância para alguns tratamentos e diagnósticos. Em edifício complementar ao edifício principal do hospital, funcionam o serviço de Instalações e Equipamentos e o centro de Ambulatório, que inclui consultas externas, os Hospitais de Dia e a Unidade de Cirurgia do Ambulatório.

Relatório e Contas de 2011 (2012), na globalidade, o CHSJ tinha, em 2011, uma lotação máxima de 1133 camas (1076 no polo do HSJ e 57 no polo de Valongo). No mesmo ano, saíram deste Centro 31 892 doentes.

O HSJ mantém a sua ligação à FMUP a qual, de resto, continua a ocupar as mesmas instalações do hospital, em regime de condomínio. Em 2012, as instalações da FMUP foram ampliadas com a construção do Centro de Investigação Médica (CIM-FMUP), um complexo de três edifícios que acolhem, nomeadamente, laboratórios, auditórios, salas de aulas e uma biblioteca. Um dos edifícios é por inteiro dedicado à investigação básica, acolhendo os departamentos de Bioquímica, farmacologia, Fisiologia e Biologia Experimental. Num outro encontram-se os auditórios e espaços de lazer ou estudo. O terceiro acolhe os departamentos de Ciências da Informação e Decisão em Saúde, Epidemiologia, Medicina Preditiva e Saúde Pública e, ainda, os Serviços de Clínica Geral e Bioética. A importância atribuída ao ensino e à investigação está patente na sua missão: *“prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós-graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.”* (Centro Hospitalar do Porto, 2012). São, de facto, vários os projetos de investigação, os estudos e as publicações de equipas desta organização. Destaca-se, ainda, a sua ligação a várias organizações de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente outros centros hospitalares, unidades locais de saúde, hospitais e o Instituto Português de Oncologia do Porto, a par da celebração de protocolos de cooperação com diversas entidades.

CAPÍTULO II

Abordagens Sociológicas do Envelhecimento

O envelhecimento corresponde a uma fase da vida dos indivíduos marcada por um múltiplo conjunto de transformações que ocorrem ao nível do corpo, das capacidades cognitivas, do comportamento, das auto e hétero representações e dos objetivos e expectativas de vida dos indivíduos. Constitui-se, portanto, como um fenómeno de amplo espectro e múltiplos impactos ao nível biológico, psicológico e social. O carácter multidimensional do envelhecimento tem justificado o interesse de várias ciências no seu estudo, desde a medicina, a economia e a sociologia. Em consequência, as últimas décadas têm sido marcadas por importantes avanços no conhecimento científico sobre o envelhecimento dos quais se destaca um aumento crescente da produção sociológica sobre o tema. Também conscientes da abrangência de efeitos do envelhecimento, tanto para o indivíduo como para as sociedades e especialmente ao nível dos encargos com a proteção social prestada a um número crescente de idosos, os Estados e as organizações supranacionais, como a UE-27, iniciaram no final do século XX um amplo debate acerca das origens e consequências do envelhecimento populacional do qual têm resultado vários encontros e documentos de orientação e intervenção.

Neste capítulo começaremos precisamente por discutir as dimensões biológica, psicológica e social do envelhecimento passando, depois, para a apresentação e reflexão sobre os principais quadros teóricos de análise a este fenómeno e terminamos com a discussão do envelhecimento ativo enquanto paradigma dominante das estratégias de intervenção ao nível do envelhecimento.

2.1. DIMENSÕES DO ENVELHECIMENTO: BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA E SOCIAL

As mudanças associadas ao envelhecimento podem ser agrupadas em três dimensões basilares: biológica, psicológica e social (Schroots e Birren, 1980 cit. por Paúl, 2005b) pelo que se pode afirmar que o envelhecimento constitui “*um período do ciclo de vida em que a generalidade das características pessoais (biológicas, psicológicas e sociais) muda de uma forma relacionada entre si, orientando-se progressivamente para a construção de uma imagem de si mesmo como «idoso»*” (Fonseca, 2012a, p. 96).

O envelhecimento biológico e psicológico tem uma natureza individual na medida em que se refere a uma progressiva maior fragilidade física dos indivíduos, bem como a uma menor capacidade para a autorregulação e à tomada de decisões adaptadas à sua velhice. Importa atender, contudo, que o declínio físico e/ou psicológico decorrente de uma maior idade não é linear nem idêntico em ritmo e intensidade em todos os indivíduos. Por sua vez, o envelhecimento social está sobretudo relacionado com as representações, expectativas e limites que a sociedade assume ou impõe aos seus membros à medida que estes vão envelhecendo. Refere-se, portanto, a uma alteração dos papéis sociais definidos pela sociedade para os mais velhos e que são assumidos por estes (Dias; Rodrigues, 2012). No caso do mercado de trabalho, a dimensão social do envelhecimento tem subjacente a perspetiva da sociedade sobre os trabalhadores mais velhos, nomeadamente ao nível das suas competências e aptidão para o trabalho.

Iniciaremos uma discussão mais aprofundada das dimensões do envelhecimento atendendo aos seus aspetos biológicos. O aumento da idade cronológica é acompanhado por um envelhecimento celular e, em consequência, traduz-se num funcionamento mais débil do organismo. Há, portanto, uma maior vulnerabilidade física dos indivíduos e um aumento de probabilidade de morte. Este processo é resultado do envelhecimento biológico ou da senescência (Paúl, 2005b). Não obstante os importantes avanços da ciência para adiar a idade da morte e proporcionar um melhor estado de saúde aos indivíduos à medida que a sua idade aumenta, o facto é que o envelhecimento do corpo humano é um processo natural, inevitável e gradual.

Associado ao conceito de envelhecimento biológico está o de longevidade. O primeiro pode ser entendido como uma diminuição da capacidade funcional dos indivíduos, enquanto o segundo se refere ao tempo de duração de vida de um organismo. Ainda que independentes, estes dois conceitos estão relacionados na medida em que a longevidade depende da progressão do envelhecimento biológico: um mais rápido ou mais lento processo de envelhecimento implicará, respetivamente, uma menor ou maior longevidade. Este último conceito é de grande importância dado que veio suplantiar as dificuldades decorrentes da difícil mensuração de uma menor capacidade funcional dos indivíduos e, em consequência, dos diferentes estádios de envelhecimento (Almeida, 2012), tendo introduzido uma maior objetividade na sua análise.

É hoje amplamente aceite que o estudo da longevidade humana permite melhor conhecer melhor a probabilidade de um indivíduo morrer: já no início do século XIX os estudos de Benjamin Gompertz (1825) confirmavam que, após os 30 anos de idade, a cada 8 anos há uma duplicação da probabilidade de morte. A explicação deste fenómeno radica numa maior incidência de doenças verificada entre os mais velhos que, por um envelhecimento das suas células e tecidos, ficam mais frágeis do ponto de vista físico. O envelhecimento biológico é então consequência de um conjunto de erros no corpo humano que se acumulam e não são combatidos e reparados pelos seus próprios mecanismos de defesa, de si já enfraquecidos pelo aumento da idade. Não obstante a ação de medicação ou de terapias anti-envelhecimento que prolongam o tempo de vida e melhoram a saúde dos indivíduos, mitigando os efeitos de uma maior idade, o envelhecimento é geneticamente determinado e, por isso, natural e irreversível.

Não é nosso objetivo discutir em profundidade as várias teorias acerca das causas e consequências do envelhecimento biológico. Contudo, importa referir que atualmente existem duas grandes perspetivas teóricas sobre o mesmo: as genéticas e as estocásticas. As primeiras salientam a importância dos genes, não obstante a importância de fatores ambientais; as segundas enfatizam uma menor funcionalidade dos mais velhos, a qual tem origem numa acumulação aleatória de lesões em moléculas vitais que resultam num progressivo declínio fisiológico (MotaFigueiredo; Duarte, 2004).

Apesar da diversidade de definições de envelhecimento biológico que decorrem das orientações teóricas adotadas, é comum a aceitação de que este processo envolve uma perda da funcionalidade dos indivíduos, um aumento da sua suscetibilidade e a incidência de doenças em consequência de uma maior idade (Almeida, 2012).

Um segundo eixo de análise prende-se com a dimensão psicológica do envelhecimento. São precisamente os aspetos psicológicos que nos permitem perceber como os indivíduos encarnam e desempenham o papel social de idoso, ainda que esteja definido e difundido pela sociedade. Trata-se portanto de considerar “*os processos cognitivos, personológicos, emocionais e adaptativos que caracterizam o funcionamento psíquico dos mais velhos*” (Paúl; Ribeiro, 2012, p. 93) que se iniciam na segunda metade da vida e que são fortemente condicionados pela trajetória desenvolvimental dos indivíduos ao longo da sua vida. Este aspeto remete-nos para a importância das vivências e da satisfação sentida ao longo da vida a qual tem um grande poder explicativo na forma como estes experienciam e encaram o envelhecimento.

Até finais do século XX, um desenvolvimento positivo na velhice era sinónimo da inexistência de comportamentos negativos ou indesejáveis. Em oposição, na atualidade há uma visão distinta das consequências psicológicas do envelhecimento, que toma forma pela ideia fundamental de que a existência de traços positivos de desenvolvimento psicológico potencia processos de transição-adaptação a esta fase da vida. De outra forma, é hoje aceite que ao longo do processo de envelhecimento psicológico os indivíduos desenvolvem um conjunto de ajustamentos enquanto resposta às alterações de amplo espectro que ocorrem no *self* (Fonseca, 2012a).

Trata-se, portanto, de mecanismos de adaptação ao nível do corpo, cognição, regulação emocional, expectativas sociais, rede de sociabilidades, trabalho, família, entre outros.

Sendo o envelhecimento um processo que ocorre ao longo de toda a vida e não apenas num estágio num momento final desta, fatores como as condições de vida, o nível educacional e as trajetórias profissionais determinam ou condicionam a experiência individual da velhice. De facto, as dinâmicas, forças e estruturas sociais que enformam o papel dos indivíduos na sociedade impactam diretamente na sua experiência de envelhecimento (Moody, 2006). Além disso, um investimento desigual ao longo do ciclo de vida traduz-se, necessariamente, em diferentes experiências na velhice.

Para uma melhor compreensão da importância do curso de vida dos indivíduos na forma como experienciam o envelhecimento, importa desenvolver os conceitos de capital apresentados por O’Rand (2011). O primeiro refere-se ao capital humano, capacidades produtivas dos indivíduos, o qual constitui um mecanismo primário de desigualdade com base na idade. Relacionado com este está o conceito de capital social, ou seja, das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos e que podem ser

acionadas na sua velhice. Existe, portanto, uma interdependência dinâmica entre as formas de capital que influenciam a acumulação de outras, existindo um ciclo de troca de capitais. De outra forma, não podemos falar num desenvolvimento psicológico uniforme na velhice atendendo à grande variedade interindividual na vivência do envelhecimento, que potencia diferentes formas de envelhecer e de encarar este processo. Assim, as diferenças individuais são um elemento chave na compreensão do desenvolvimento psicológico na velhice, resultando daí uma multiplicidade de combinações de aspetos biológicos, psicológicos e sociais, não tendo qualquer um destes supremacia sobre os restantes. Acresce a importância da questão relacional na compreensão da variedade de trajetórias de desenvolvimento ao longo de toda a vida (Fonseca, 2004).

A regulação e a plasticidade do desenvolvimento humano são hoje variáveis chave para a compreensão de aspetos de ordem intra e interindividual do envelhecimento, estando na base da variabilidade das experiências deste processo. São estes dois elementos que justificam um desenvolvimento psicológico adaptado à velhice, reforçando-se a capacidade dos indivíduos em, não só nesta fase mas ao longo de todas as fases da vida, se adaptarem às suas características e condicionantes. A observação de aspetos positivos de desenvolvimento está profundamente relacionada com o conceito de envelhecimento bem-sucedido (Baltes, 1990), conceito difundido na última década do século XX e com uma importância notória ao nível das estratégias de envelhecimento adotadas. Este conceito será mais bem desenvolvido aquando da apresentação das teorias do envelhecimento.

A ideia de desenvolvimento no envelhecimento implica necessariamente recusar uma visão dos mais velhos enquanto um problema. Fonseca (2012) sustenta a defesa do potencial de desenvolvimento dos mais velhos em duas hipóteses. A primeira radica na defesa de um potencial para a mudança intraindividual ao longo da vida, associado às virtualidades da estimulação dos indivíduos, seja pelos próprios ou pela sociedade, para o alcance de resultados positivos no envelhecimento. Esta estimulação pode ocorrer, nomeadamente, através da criação de espaços de natureza e objetivos diversificados onde os mais velhos possam desenvolver um leque diversificado de atividades (universidades séniores, centros culturais, entre outros). A segunda hipótese defende que quando um idoso revela competências e demonstra querer exercer um papel ativo no seu desenvolvimento, há a experiência de uma trajetória de desenvolvimento em que interagem diversos contributos que se reforçam mutuamente e que estimulam o *self* a ter

um papel ativo no seu meio ambiente. O autor esclarece que esta hipótese tem inerente a existência de contextos que favoreçam e estimulem o desenvolvimento psicológico nos moldes adequados, ou seja, que propiciem as condições necessárias, que respeitem as necessidades e os interesses dos mais velhos e que lhes permitam explorar a globalidade das suas capacidades. Podemos falar, portanto, na existência de “*um conjunto de domínios de «ativos» ecológicos – humanos, físicos e institucionais, relacionais e comunitários – que estruturam os recursos e as oportunidades de desenvolvimento na velhice*” (Bronfenbrenner, 1999 cit. por Fonseca, 2012a).

Um dos modelos mais relevantes ao nível dos mecanismos de regulação durante o envelhecimento, e que tem em Baltes e nos seus colaboradores fortes impulsionadores, é o comumente designado por SOC – Seleção, Otimização e Compensação. Este modelo defende que ao longo da vida os indivíduos reformulam os seus objetivos e o próprio sentido atribuído à mesma. Esta mudança implica alterações nos recursos disponíveis que, na fase da velhice, são investidos essencialmente na manutenção dos ganhos ao longo da sua vida e na compensação das consequências, de forma a mitigar as decorrentes do envelhecimento. Para Fonseca (2012), os mecanismos apresentados pelo SOC estão correlacionados de forma positiva com o desenvolvimento psicológico na velhice e de forma negativa com a inadaptação e o desajuste. A relação que os mais velhos estabelecem com o meio em que estão inseridos é, portanto, fundamental para a criação de oportunidades para o seu desenvolvimento psicológico.

A respeito das dimensões do envelhecimento importa ainda discutir a sua vertente social. A Sociologia tem assumido um papel central ao analisar a criação de relações entre o envelhecimento, a estrutura social e as forças que esta comporta. Do ponto de vista sociológico, as dinâmicas sociais decorrentes do modo de vida da velhice e dos processos de envelhecimento não podem ser dissociadas das estruturas sociais nem dos posicionamentos que os idosos ocupam na mesma (Machado, 2008). A Sociologia tem-se diferenciado ainda ao investigar os mecanismos de construção social do envelhecimento, de legitimação de estratégias de intervenção neste domínio e a forma como a sociedade e os indivíduos interiorizam estas construções e representações.

Pensar o envelhecimento demográfico é indissociável da análise das condições de ordem social e cultural de uma sociedade. É precisamente a partir destas que se constroem as representações sociais sobre o processo de envelhecimento. Desde a infância que os indivíduos são sujeitos a uma socialização orientada em função da sua idade. Por via deste processo de diferenciação etária os indivíduos assumem papéis

sociais específicos que depois se traduzem em comportamentos e atitudes (Moody, 2006). São as representações sociais sobre a velhice que vão enformar o olhar sobre os mais velhos, sobre os seus limites e oportunidades e sobre as políticas de intervenção no domínio do envelhecimento, particularmente ao nível do papel do Estado. De outra forma, são as representações sociais sobre o envelhecimento demográfico que o elegem enquanto objeto de estudo de uma pluralidade de ciências sociais (Dias; Rodrigues, 2012). Além disso, a própria dimensão social da velhice é profundamente influenciada pelo tempo em que as representações sociais são produzidas, sendo exemplo disso a tradição hebraica de valorização dos mais velhos em oposição a uma visão atual de recusa da velhice. Para este fenómeno concorrem, particularmente, os media enquanto agentes difusores de imagens e mensagens que veiculam representações sociais negativas sobre a velhice, enfatizando o declínio físico e psicológico (Moody, 2006).

A experiência da velhice é fortemente condicionada pela trajetória de vida dos indivíduos e pelas representações sociais sobre o envelhecimento. Não obstante o carácter inevitável deste processo que é, antes de mais, um fenómeno biológico, importa reter que este não se manifesta de forma linear em todos aqueles que fazem parte de um determinado escalão etário. O envelhecimento comporta, de facto, uma grande variabilidade de experiências e vivências, resultando em larga medida de aspetos de cariz subjetivo consequentes de toda a trajetória de vida dos indivíduos.

Sendo o envelhecimento um fenómeno social total e, portanto, multidimensional, a sua análise implica necessariamente a consideração de quadros analíticos provenientes de um conjunto diversificado de áreas do saber. De facto, a *“heterogeneidade do envelhecimento, refletida na pluralidade de abordagens da Gerontologia, exige de nós conhecimentos sólidos que, ao invés de nos aprisionarem, nos abram os horizontes para a valorização da diversidade da experiência humana”* (Paúl; Ribeiro, 2012). A complexidade destas relações alerta-nos necessariamente para o perigo de abordagens isoladas, reducionistas do envelhecimento que abarcam a complexidade do fenómeno e das relações e dinâmicas dos mais velhos (O’Rand, 2011).

Não obstante o papel e importância de outras áreas do saber que têm analisado e intervindo ao nível do processo de envelhecimento, a Sociologia diferencia-se por analisar o significado atribuído pelos indivíduos à experiência biológica, psicológica e social de envelhecer, ou seja, ao significado que a sociedade e os indivíduos atribuem ao envelhecimento. Na análise, em particular, dos aspetos sociais do envelhecimento, a Sociologia partilha a posição com a Gerontologia Social, não obstante a sua autonomia

e características próprias. Têm ainda em comum o facto de se terem desenvolvido ao longo na segunda metade do século XX, momento em que o envelhecimento demográfico assumiu características estruturais (Dias; Rodrigues, 2012). Para Fernández-Ballesteros (2004), a gerontologia social distingue-se ao assumir um carácter multidisciplinar, englobando na sua análise diferentes componentes do envelhecimento – biológicas, psicológicas e sociais. Do seu olhar sobre os determinantes do envelhecimento, nomeadamente sociais, culturais e ambientais, resulta na definição de estratégias de intervenção social concretas.

No próximo ponto iremos apresentar as principais abordagens teóricas da sociologia sobre o envelhecimento demográfico. Focar-nos-emos, em concreto, na evolução da Sociologia do Envelhecimento enquanto campo disciplinar, dando conta do contexto de emergência e desenvolvimento das suas grelhas de leitura sobre o envelhecimento.

2.2. QUADROS TEÓRICOS DA SOCIOLOGIA SOBRE O ENVELHECIMENTO

Historicamente são várias as perspetivas sobre o envelhecimento (Dias, 2005). Se remontarmos à Roma Antiga encontramos duas visões: uma primeira positiva e recetiva aos mais velhos, e uma segunda, negativa e de rejeição. Entre o período da Renascença e finais do século XVII, predominou o culto da juventude do qual resultava uma perspetiva desfavorável sobre o envelhecimento. O século que se seguiu reabilitou a imagem da velhice e dos idosos tendo, também por isso, correspondido ao período em que foi elaborada legislação para responder às necessidades dos mais velhos, sobretudo dos mais protegidos. O século XIX foi marcado pelo ressurgir de uma visão da velhice enquanto doença, incapacidade e declínio físico e psicológico. Em consequência, multiplicaram-se as instituições para a institucionalização dos mais velhos, nomeadamente os asilos e hospitais. Neste período o envelhecimento tornou a ser entendido enquanto um problema social. O movimento de modernização das sociedades, impulsionador do seu permanente desenvolvimento ao longo do século XX, reforçou a imagem socialmente desvalorizada dos idosos ao caracterizá-los como

improdutivos e incapazes de se adaptarem aos novos conhecimentos científicos e tecnológicos. Consolidou-se a ideia de dependência na velhice e os discursos negativos em torno do processo de envelhecimento que enfatizam a sua associação ao isolamento social, declínio físico e mental e à pobreza.

A partir da década de 1980, começaram a surgir movimentos políticos de defesa e promoção da velhice e dos idosos que visavam desconstruir representações sociais negativas. Começa, então, a desenvolver-se uma abordagem de recusa de uma visão reducionista e homogênea do processo de envelhecimento evidenciando, em alternativa, as oportunidades que esse processo encerra e os seus aspetos positivos. De facto, o século XX foi um período particularmente fértil para a evolução do conhecimento do fenómeno do envelhecimento, conduzindo à disseminação da teorização sobre o mesmo pela consciência do seu impacto, quer a nível individual, quer social, no mundo ocidental. Em concreto, a teoria da modernização que constituiu as grelhas de análise das sociedades modernizadas, sendo ela própria consequência do desenvolvimento social, veio evidenciar o impacto das grandes transformações sociais consequentes da modernidade no processo de envelhecimento. Esta perspetiva teórica veio desvalorizar os aspetos individuais e subjetivos deste processo face à força das estruturas sociais, resultando num declínio do estatuto do idoso simultâneo à modernização das sociedades (Moody, 2006). De facto, a urbanização, mobilidade social e espacial e o desenvolvimento tecnológico contribuíram para uma perda do estatuto e do poder social dos mais velhos. Esta perspetiva tinha inerente uma racionalização do ciclo de vida e uma grande rigidez nas suas três fases: infância, idade adulta e velhice. A teoria da modernização foi, portanto, exemplo da influência da organização e dos valores sociais sobre os significados do processo de envelhecimento.

Em termos gerais, entre 1945 e finais da década de 1960 persistiu uma perspetiva do ciclo de vida estandardizado em três momentos: infância, um momento de aprendizagem, a idade adulta, marcada pela entrada no mercado de trabalho e, por fim, a velhice, simbolizada pela reforma e, associada a esta, pelo lazer (Phillipson, 2009). O carácter natural e inevitável da velhice, patente nesta perspetiva tripartida da vida, tornava-a não problematizável.

A década de 1960 marcou o início formal da teorização sobre o envelhecimento. A comunidade científica, nomeadamente no âmbito da Sociologia, iniciou aqui um trabalho de investigação rigorosa, sistemática e cumulativa sobre os contornos e consequências do envelhecimento. Até então, os esforços teóricos neste sentido

limitavam-se a investigações casuísticas, focadas no objeto e com forte carácter descritivo (Dias; Rodrigues, 2012). A análise era até feita de forma unidimensional. A tónica recaía na necessária adaptação dos indivíduos a novos papéis sociais, enquanto consequência do seu processo de envelhecimento, estando excluída a influência das estruturas e das forças sociais neste processo (Fonseca, 2004). Sendo o envelhecimento encarado enquanto um problema exclusivamente individual, não havia uma problematização de questões de natureza social como a passagem à reforma, a doença, pobreza ou o isolamento social.

No âmbito da sociologia foram-se desenvolvendo uma pluralidade de abordagens ao envelhecimento. Destacamos particularmente a importância da Sociologia do Envelhecimento que veio demonstrar que *“a experiência individual do envelhecimento depende, de igual forma, de uma variedade de fatores sociais, com os quais interage”* (Dias; Rodrigues, 2012, p. 190). Os autores esclarecem que esta área de especialização do saber sociológico se tem orientado essencialmente por três tradições complementares. A primeira, a da Sociologia da Idade, tem uma dimensão macroestrutural, na medida em que se centra na análise dos efeitos da idade na estrutura social, sendo a primeira percebida enquanto elemento estruturador da sociedade, das instituições e dos grupos. Esta perspetiva elege a análise das coortes e do seu impacto na estrutura social. A segunda, a da Sociologia do Envelhecimento tem, por sua vez, um olhar de cariz micro sociológico na medida em que está centrada nos mecanismos de adaptação dos indivíduos aos processos de transição ao longo do seu ciclo de vida e que são socialmente produzidas. Por fim, a terceira perspetiva é a da Sociologia da Velhice, a qual encara o envelhecimento demográfico enquanto um problema social. Um dos expoentes teóricos mais relevantes desta perspetiva foi a teoria da desvinculação (Cumming; Henry, 1961), a qual teve uma grande relevância na definição de políticas sociais para a velhice. Esta teoria será desenvolvida mais detalhadamente no âmbito da reflexão acerca das principais abordagens teóricas da Sociologia ao envelhecimento.

Além da relevância da Sociologia na análise dos aspetos sociais do envelhecimento, é também importante considerar o papel da Gerontologia Social cuja análise está orientada para o estudo do *“impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento”* (Paúl, 2005c276). Esta área do saber surgiu como ramo da Gerontologia, muito centrada na variedade de impactos do processo de envelhecimento e com forte carácter

multidisciplinar, assumindo uma postura de intervenção social. Estava, portanto, direcionada para o estudo das consequências ao nível das políticas públicas da mudança de paradigma demográfico, no qual o envelhecimento era visto como um problema social e um desafio ao sistema de proteção social. Tanto a Sociologia do Envelhecimento como a Gerontologia Social gozam de autonomia científica, não obstante a partilha de um mesmo ponto de partida: a observação de uma importância gradual e cada vez maior do envelhecimento demográfico, iniciado nos países mais desenvolvidos mas que se tem alastrado ao resto do mundo, sendo múltiplos os seus impactos e desafios.

É a partir de 1960 que Dias e Rodrigues (2012) situam a primeira transformação no pensamento gerontológico que conduzirá a um desenvolvimento teórico e concetual sistemático, rigoroso e multidisciplinar neste domínio. Desenvolveram-se várias abordagens ao envelhecimento com base em contributos de diferentes áreas do saber, nomeadamente a Biologia, centrada nos marcadores físicos do envelhecimento; a Sociologia, atenta ao envelhecimento individual articulado com o envelhecimento das sociedades o qual proporcionou, de resto, o desenvolvimento da Sociologia do Envelhecimento e também a Psicologia, centrada nas alterações de personalidade e comportamentais ao longo do ciclo de vida.

À luz do paradigma funcionalista até então dominante, no qual Parsons era o principal teórico, a sociedade era entendida enquanto um organismo vivo cuja manutenção e equilíbrio dependia da contribuição de todos os órgãos/instituições. Neste sentido, estabeleciam-se *à priori* normas de comportamento que enquadravam as ações dos indivíduos. Nesta lógica, também na fase de envelhecimento estavam definidos papéis sociais que os mais velhos deveriam assumir, sob pena de colocarem em risco a organização e o equilíbrio sociais (Powell, 2007). Dentro do paradigma funcionalista salientaram-se duas teorias de análise do processo de envelhecimento que marcaram o início do desenvolvimento formal da abordagem sociológica sobre este processo: a teoria da desvinculação e a teoria da atividade.

No início da década de 1960, Cumming e Henry (1961) desenvolveram a teoria da desvinculação (ou da rutura) com raiz funcionalista. Enquadrando-se na ótica da Sociologia da Velhice, esta teoria entendia o envelhecimento como um problema social. A problematização do envelhecimento foi feita no plano social e não individual, recaindo a tónica na influência das estruturas sociais. A questão-chave deste processo advinha de uma quebra gradual das interações entre o indivíduo e o sistema social,

cabendo ao primeiro assumir os comportamentos socialmente definidos para a sua idade. Deste processo resultava precisamente uma desvinculação, ou uma rutura, dos mais velhos com a sociedade. Na velhice, o equilíbrio que existia na idade madura entre indivíduo e sociedade tinha, necessariamente, que ser substituído por um novo equilíbrio caracterizado por uma maior distância e um tipo de relacionamento distinto. Se esta desvinculação não acontecesse, a consequência seria a disfunção do sistema que seria obrigado a procurar soluções alternativas que passariam, nomeadamente, pela institucionalização de mecanismos de desvinculação dos mais velhos.

A desvinculação mútua entre indivíduo e sociedade seria, portanto, um reflexo natural de uma necessidade biológica de abrandamento do ritmo de vida e da alteração dos papéis sociais então exercidos. A sua necessidade seria sentida tanto pelos indivíduos como pela sociedade. Esta rutura entre indivíduo e sociedade não era só perspetivada como um processo natural mas também como desejável, na medida em que minimizava os impactos individuais e sociais do envelhecimento. Os idosos que assumissem os novos papéis definidos teriam um envelhecimento com sucesso. A teoria da desvinculação proporcionou o desenvolvimento do conceito de envelhecimento bem-sucedido enquanto tradução do reconhecimento da importância da experiência individual (Baltes e Baltes, 1990). Esta envolve um conjunto alargado de múltiplos fatores, nomeadamente individuais, psicológicos, biológicos e sociais que concorrem cumulativamente para um processo de envelhecimento marcado pelo bem-estar e pelo alcance de objetivos definidos pelos próprios indivíduos. De forma geral, podem-se considerar três aspetos que caracterizam o envelhecimento bem-sucedido: baixo risco de doenças ou incapacidades relacionadas com estas, funcionamento físico e mental elevado e empenhamento ativo na vida (Rowe e Kahn, 1997).

A rutura entre sociedade e indivíduo defendida pela teoria da desvinculação passava pelo afastamento gradual da vida social e era marcada pelo fim do percurso profissional e abandono do mercado de trabalho. A passagem à reforma era entendida enquanto resposta à necessidade funcional de, gradualmente, ir expulsando os indivíduos das várias esferas da sociedade, nomeadamente do mercado de trabalho, numa conjugação de interesses individuais com sociais (Moody, 2006; Phillipson, 1998). A continuidade do exercício profissional pelos mais velhos não era socialmente desejada pois era entendida como potencialmente disruptiva atendendo ao declínio físico e psicológico consequente da idade e que, supostamente, provocava a mesma incapacidade em todos os indivíduos mais velhos. Além deste aspeto, a saída dos mais

velhos do mercado de trabalho era também importante e funcional para a sociedade por permitir a entrada das gerações mais novas na esfera laboral.

A proposta teórica de Cumming e Henry foi alvo de variadas críticas (Moody, 2006; Powel, 2007). Primeiro, por defender a necessidade de rutura entre indivíduo e sociedade sob o critério da idade e, segundo, por impor um modelo de envelhecimento uniforme em função da idade, ignorando a subjetividade da experiência de envelhecimento. Atualmente, a desvinculação indivíduo-sociedade não é comumente aceite como natural ou necessária. Na atualidade aceita-se a existência de múltiplas trajetórias de saída do mercado de trabalho (Fonseca, 2011), nomeadamente pelo exercício profissional a tempo parcial, pelo que é mais incomum o desligamento total dos indivíduos face à sociedade. De facto, não sendo a desvinculação um processo natural e, portanto, extensível a todos os indivíduos, é possível que nem todos os idosos sintam a necessidade de sair do mercado de trabalho. A opção, ou não, por esta radica-se nas forças sociais que impelem os indivíduos nesse sentido e nas próprias diferenças individuais. Assim, uma possível desvinculação não pode ser perspectivada unicamente como exterior aos indivíduos, porque lhes é imposta, mas pode, em alternativa, constituir uma atitude interior dos próprios perante a sociedade. Apesar das críticas e limitações da teoria da desvinculação, importa sublinhar a sua importância no desenvolvimento da investigação sobre o envelhecimento e da consequente elaboração de quadros analíticos sustentados teórica e empiricamente (Dias; Rodrigues, 2012).

Ainda na década de 1960, e também no âmbito do paradigma funcionalista, Havighurst (1968) desenvolveu a teoria da atividade, uma perspectiva teórica alternativa à natural e necessária desvinculação entre os mais velhos e a sociedade defendida na teoria da desvinculação. Havighurst defendia a manutenção de laços e papéis sociais fortes entre os mais velhos e a sociedade, rejeitando, portanto, a desvinculação enquanto consequência inevitável do processo de envelhecimento. Defendia que um envelhecimento positivo seria alcançado pela permanência dos mais velhos nas várias esferas da vida social e, em específico, do mercado de trabalho.

A teoria da atividade pressupunha uma estreita relação entre o desenvolvimento de uma atividade e um envelhecimento saudável e positivo e, associado, a uma maior satisfação com a vida e a uma maior longevidade. Radicava na ideia de que *“a maioria das pessoas na velhice continuam com papéis e atividades de vida estabelecidos anteriormente porque continuam a ter as mesmas necessidades e valores”* (Moody, 2006, p. 10). A manutenção de laços entre os mais velhos e a sociedade, nomeadamente

através de papéis sociais produtivos, seria duplamente funcional: para os indivíduos, integrados e ativos socialmente, e para a sociedade, que poderia aproveitar os recursos e a participação destes. No caso dos mais velhos optarem pela saída do mercado de trabalho, o esperado seria que estes procurassem desempenhar outras atividades e que assumissem novos papéis sociais em substituição dos anteriores.

Os defensores da teoria da atividade não negavam, contudo, a possibilidade de um afastamento entre os idosos e a sociedade. Consideravam sim que uma eventual rutura será produto do declínio do seu estado de saúde, ou da sua incapacidade, não defendendo que esta tenha necessariamente que ocorrer por ser funcional. Apesar de rejeitar a desvinculação, o autor não negava, contudo, uma substituição dos papéis sociais antes assumidos pelos indivíduos por outros adequados ao processo de envelhecimento e que lhes permitiriam alcançar o sucesso ao longo deste processo.

Moody (2006) alerta para este envolvimento ativo poder ser mais facilmente exequível entre os idosos mais jovens comparativamente aos mais velhos, evidenciando assim desigualdades neste processo. Acrescenta que, independentemente da “idade” dentro da velhice, atualmente permanecem obstáculos à vinculação social entre os idosos e a sociedade. Esta vinculação só será plenamente possível se for devidamente reconhecida a importância do exercício de atividades para a realização dos mais velhos e se forem identificados os obstáculos que se colocam aos mesmos.

À semelhança da teoria da desvinculação, também a teoria da atividade foi criticada por promover uma visão linear sobre o desenvolvimento do processo de envelhecimento, defendendo que este deveria ter subjacente a integração dos indivíduos por via do exercício de uma atividade. Em concreto, foi reprovada por desvalorizar a ideia de que um envelhecimento positivo e com sucesso se relaciona com a posição ocupada pelos indivíduos na estrutura social, sendo mais comum nas classes dominantes.

É na década de 1970 que Dias e Rodrigues (2012) situam a segunda transformação na evolução do pensamento sobre a Sociologia do Envelhecimento na medida em que esta se tornou metateórica. O seu centro da análise passou da explicação das determinantes de sucesso do envelhecimento para a explicação do processo em si. O contexto social emergente e os desafios associados propiciaram uma alteração significativa na perceção do envelhecimento, tendo em conta o crescente peso percentual dos idosos nos sistemas de segurança social dos Estados, e no sistema de pensões em particular, bem como sobre os sistemas de saúde (Phillipson, 1998). Os

desenvolvimentos teóricos observados neste período tinham dois principais enfoques: o primeiro nas representações sobre o envelhecimento enquanto subproduto ideológico e tributário das perspectivas marxistas; o segundo, na construção social do envelhecimento (Dias; Rodrigues, 2012). Contudo, a atenção atribuída a questões de política económica direcionou o olhar científico sobre o envelhecimento para os desafios e exigências decorrentes e não propriamente para a sua problematização (Phillipson, 1998, p. 6). A década de 1970 constituiu então um momento de maior ligação entre a produção científica sobre o envelhecimento e a tomada de decisão dos agentes políticos.

Com forte contributo da Psicologia, começou gradualmente a sedimentar-se a ideia de que a idade biológica é diferente da idade psicológica, não sendo possível estabelecer uma correspondência direta entre o envelhecimento físico e o estado cognitivo dos indivíduos (Guillemard, 2003; Mendes, 2005a). Por seu lado, a sociologia demonstrou que a idade é uma construção social que agrupa os indivíduos, atribuindo-lhes determinados direitos e obrigações em função do escalão etário em que se encontram. A perda mais significativa de capacidades e uma degradação generalizadas das condições de saúde ocorre tendencialmente mais tarde sem que, como alerta Fernandes (2001), tenha ocorrido uma efetiva alteração dos limites convencionados para as fases da vida.

Os desenvolvimentos teóricos no âmbito da análise do processo de envelhecimento, que dão atualmente forma a áreas autónomas como a Gerontologia, permitem-nos hoje uma visão mais ampla e articulada do fenómeno do envelhecimento. No caso concreto da Sociologia, sedimentou-se um entendimento dos indivíduos enquanto agentes ativos no seu processo de envelhecimento podendo as suas opções, comportamentos e experiências em muito influenciar os determinantes e resultados da experiência de envelhecer. Em concreto, o olhar sociológico tem procurado perceber o significado atribuído pelos indivíduos ao envelhecimento e à forma como o vivenciam, ao mesmo tempo que analisa questões como os recursos necessários aos mais velhos e aqueles que efetivamente lhes estão disponíveis. A Sociologia veio, então, chamar a atenção para que, não obstante a dimensão individual e subjetiva do processo de envelhecimento, este é socialmente condicionado ou mesmo determinado.

Apesar de historicamente a velhice ter sido sucessivamente encarada como um problema social, atualmente é aceite que são sobretudo as perspetivas sobre a velhice e o processo de envelhecimento que constituem um problema para as sociedades. Esta situação é tributária do desenvolvimento das sociedades, no sentido da sua

modernização e da conquista de mais anos de vida e em melhores condições, do qual resultou um paradoxo: existem cada vez mais idosos e com maior qualidade de vida mas, ainda, assim, predomina o culto do novo e da secundarização do que é velho. Não obstante, “*é um desafio de exigência humana e um imperativo de consciência social respeitar a velhice*” (BagãoFélix, 2002, p. 148). Foi também esta consciência que motivou, em larga medida, os desenvolvimentos teóricos sobre o processo de envelhecimento.

Atualmente não é possível, todavia, falar na existência de um corpo teórico sociológico coeso. Para agrupar os principais quadros teóricos e conceituais desenvolvidos até ao momento, alguns autores utilizam o critério de diferenciação entre o nível macro e microsociológico de análise, não obstante um intermédio de articulação de ambos. Dias e Rodrigues (2012) concretizam essa diferenciação que de seguida apresentamos. As teorias macrosociológicas focam-se no impacto do processo de envelhecimento na definição e implementação de políticas sociais, da prestação de cuidados de saúde aos mais velhos e na pressão financeira aos Estados-Providência. Neste nível de análise, e tendo como referência a classificação de Marshall, incluem-se: o estruturalismo (defensor da universalidade das transições demográficas); a teoria da modernização (alinhada com a teoria estruturo-funcionalista de declínio do estatuto dos idosos enquanto consequência da modernização das sociedades); a teoria dos grupos de interesse (atenta ao incentivo das políticas públicas à criação de grupos de interesse com base na idade de pressão aos decisores políticos). As teorias microsociológicas centram-se nos valores, preferências e atitudes dos idosos e nos seus mecanismos de adaptação às transições o longo do seu ciclo de vida. Englobam-se aqui as teorias desenvolvimentais, a teoria da troca social, a teoria dos papéis, o interacionismo simbólico, a fenomenologia social e a etnometodologia.

Bengtson, Burgess e Parrott (1997 cit. por Dias e Rodrigues, 2012) utilizam também o critério micro/macro para a classificação das teorias sobre o envelhecimento, Situam o construtivismo social e a teoria da troca social num nível macro e a perspectiva de estratificação de idades, a economia política do envelhecimento e a teoria crítica num nível micro. As teorias sob alçada das duas classificação partilham o tema da influência das estruturas sociais na experiência de envelhecimento ainda que com enfoques analíticos distintos.

A abordagem do construtivismo social suporta-se numa metodologia qualitativa tendo uma natureza essencialmente interpretativa. Inserindo-se no âmbito da sociologia

compreensiva, centra-se no processo individual de envelhecimento e no impacto dos determinantes sociais ou, de outra forma, nos processos sociais de construção do envelhecimento (Dias; Rodrigues, 2012). Esta abordagem explora os mecanismos sociais de construção de representações sociais sobre o envelhecimento, nomeadamente ao nível dos seus significados sociais, da criação de estereótipos e de processos de discriminação com base na idade, como é exemplo o idadismo, procurando situá-los socialmente. As teorias decorrentes desta abordagem têm como conceitos centrais o significado social, realidade, relações sociais, atitudes face ao envelhecimento e à idade, acontecimentos da vida e tempo. Nesta perspetiva inserem-se também as teorias que Marshall considera como microssociológicas. Não obstante a sua importância para o desenvolvimento do pensamento sociológico sobre o envelhecimento, o construtivismo social é criticado pelo enfoque atribuído a questões individuais e pela desconsideração da relevância da influência das estruturas e forças sociais.

A teoria da troca social, de base quantitativa, foca-se nas trocas intergeracionais e sociais. Suporta-se na ideia de que os atores sociais são portadores de um poder social e de recursos (desiguais) que utilizam em processos de troca social, caso os benefícios daí retirados sejam superiores aos custos sociais ou, então, perante a falta de alternativas. À luz desta teoria, a menor ou a falta de interação entre os idosos e os jovens explicar-se-á pela falta de recursos dos primeiros para oferecerem aos segundos não havendo, portanto, reciprocidade na relação. A sua relevância ao nível da análise do envelhecimento radica essencialmente na *“análise dos comportamentos de troca à medida que se vai processando uma mudança de papéis, competências e recursos com o avançar da idade”* (Hendricks cit. por Dias e Rodrigues, p. 195). Esta teoria para explicar as mudanças no processo de apoio social e na prestação de serviços à população idosa e a existência de uma multiplicidade de recursos, nomeadamente sociais, financeiros, familiares, entre outros. É importante considerar que as interações e as relações de troca não são estritamente orientadas por critérios racionais ou instrumentais (Dias; Rodrigues, 2012).

A perspetiva da estratificação de idade, de cariz quantitativo, foca-se no impacto da estrutura social sobre o processo individual de envelhecimento e da estratificação com base na idade. Procede a uma análise dos movimentos das coortes ao longo do tempo, às assincronias entre mudanças estruturais e mudanças individuais e ao estudo das interdependências entre coortes e a estrutura social (Riley e Riley, 1994 cit. por Dias

e Rodrigues, 2012). Não obstante a sua relevância pela associação que estabelece entre envelhecimento e a estrutura social, é criticada pela desvalorização da ação social.

A abordagem da economia política do envelhecimento tem uma forte influência marxista, incorporando, além disso, contributos da Teoria do Conflito de Simmel e da Teoria Crítica. A sua análise sobre o envelhecimento suporta-se numa abordagem económica e estrutural que procura explicar como é que a interação entre forças económicas e políticas influenciam os recursos mobilizados para a resposta aos problemas decorrentes do envelhecimento, nomeadamente ao nível das políticas públicas, tendências económicas e dinâmicas da estrutural social, como a classe ou género (Dias; Rodrigues, 2012). Defende que as condições sócio económicas e políticas podem assumir um carácter determinante neste processo, nomeadamente ao nível da perda de poder, autonomia e controlo dos mais velhos, podendo conduzir a situação de exclusão e marginalização. Também esta perspetiva foi criticada por descurar a dimensão individual, nomeadamente ao nível da reação face à ação do Estado, trabalho e capital. Ao assumir que as instituições políticas controlam a vida dos mais velhos, esta abordagem criou e alimentou uma imagem dos idosos enquanto pessoas destituídas de qualquer poder sobre as suas próprias vidas.

Segundo Estes (2003), os *“ataques ao fardo que representava a população idosa foram encarados como a legitimação da transferência de responsabilidades do Estado para os indivíduos idosos”* Ao mesmo tempo, as políticas de base da classe dos idosos significavam desigualdades que não eram apenas mantidas mas também eram de facto ampliadas através do encorajamento da privatização em áreas como a saúde e apoio financeiros. Este entre outros alertas da perspetiva da política económica serviram para chamar a atenção de que muitos serviços de segurança social serviam para ajudar a estigmatizar os próprios idosos, uma vez que assentam em políticas segregadoras face à idade – os mais velhos como dependentes e consumidores passivos.

A teoria crítica engloba uma diversidade de perspetivas teóricas contemporâneas e centra-se simultaneamente nas dimensões humanísticas e nos efeitos estruturais do envelhecimento. Trata-se de uma abordagem preocupada *“com a teorização das dimensões subjetivas e objetivas do envelhecimento [que] questiona a práxis neste domínio, em particular as políticas públicas e tem como grande objetivo construir «conhecimento emancipatório»”* (Baars, 1991 cit. por Dias e Rodrigues, 2012). Suporta-se em conceitos como poder, ação social e significado para a análise do envelhecimento, questionando as instituições adquiridas, sendo exemplo disso a

reforma. Questiona as considerações e metodologias positivistas por considerar que o mesmo produz uma visão do envelhecimento centrada nos problemas sociais, desvalorizando a heterogeneidade deste processo (Bengton, Burgess, Parrot, 1997). Esta perspectiva construiu-se sobre a teoria da economia política do envelhecimento e das perspectivas feministas com desenvolvimento mais recente. O seu carácter auto(reflexivo) direciona-a para a análise do impacto das estratégias de intervenção sobre os indivíduos e dos processos de negociação que estes estabelecem com as instituições sociais ao longo do processo de envelhecimento.

Num nível intermédio de conciliação entre uma análise micro e macrosociológica, considerando simultaneamente a influência da interação social e da estrutura no processo de envelhecimento, resultaram duas outras abordagens teóricas: as perspectivas feministas e a teoria do ciclo vital.

As perspectivas feministas constituem um corpo teórico que refuta o argumento da estrutura funcionalista da segregação dos papéis sociais enquanto divisão natural da sociedade. A sua análise está, portanto, muito direcionada para o estatuto social dos mais velhos, particularmente das mulheres idosas. Esta abordagem tem como premissa que a estratificação social se faz, em grande escala, por via da diferenciação com base no género (Marshall, 1995 cit. por Dias e Rodrigues, 2012), pelo que as restantes abordagens ao envelhecimento são insuficientes por não considerarem precisamente as relações sociais de género. Chama particular atenção para a relevância do trabalho doméstico por parte das mulheres ao longo do seu curso de vida, bem como com a compreensão do significado socialmente atribuído ao envelhecimento, além daquele que é atribuído pelos próprios indivíduos. Esta teoria veio evidenciar os mecanismos de discriminação, controlo social e desvalorização dos mais velhos.

Num nível macro, as perspectivas feministas enfatizam as relações económicas e de poder sobre os mais velhos, nomeadamente a importância do materialismo histórico enquanto estrutura básica de dominação (Hendricks, 1993 cit. por Dias e Rodrigues, 2012). A um nível micro, defendem a análise do género com consideração do contexto social que produz significado sobre o envelhecimento, aspeto que revela uma influência das correntes do construtivismo social (interacionismo simbólico, fenomenologia social e etnometodologia, por exemplo). Apesar da recentidade desta abordagem feminista, é grande a sua relevância na análise do envelhecimento, particularmente na chamada de atenção para as necessidades das mulheres idosas, propondo estratégias de intervenção adequadas às mesmas. É de destacar ainda a sua relevância na luta contra a

discriminação pela idade, ou seja, o idadismo. Contudo, ao analisar especificamente as questões relativas ao envelhecimento das mulheres, abriu campo a críticas pela desvalorização da experiência masculina neste processo (Bengtson, Burgess e Parrott, 1997, cit. por Dias e Rodrigues).

A teoria do ciclo vital concilia contributos da abordagem sociológica com a psicológica do envelhecimento. Abarcando os níveis micro e macro, tenta demonstrar como é que os elementos estruturais da sociedade se relacionam com o significado subjetivo e social do envelhecimento. Foi inicialmente apresentada por Baltes e Baltes (1990) tendo por base o reconhecimento da diversidade de experiências dos indivíduos ao longo de vida que, em muito, influenciam o seu processo de envelhecimento. Nega, portanto, o paradigma tripartido da vida em infância, adultez e velhice enquanto momentos com fronteiras claramente definidas. À luz da perspectiva do ciclo vital, os mais velhos não são entendidos enquanto um grupo homogéneo, com experiências passadas e objetivos futuros semelhantes, nomeadamente no que se refere à aposentação, mas, pelo contrário, como um grupo heterogéneo em termos das suas práticas sociais, representações simbólicas e expectativas presentes e futuras. Esta perspectiva constitui-se essencialmente como um novo enfoque analítico e não necessariamente como uma nova perspectiva teórica (Moody, 2006).

A teoria do ciclo vital prioriza uma análise longitudinal em prol de uma transversal. Alerta para premissas de grande relevo na análise do envelhecimento, destacando que este é um momento de balanço entre ganhos e perdas (declínio), que o envelhecimento pode significar o declínio de algumas funções cognitivas ainda que esta relação não seja direta nem transversal a todos os idosos, que a variabilidade interindividual aumenta ao longo da vida, que os indivíduos têm alguma capacidade de reserva ao longo do seu curso de vida o que lhes permite compensar este declínio (como a experiência) e que a variabilidade entre idosos traduz-se em diferentes formas de envelhecimento (Dias, 2005). Reconhece ainda a importância da cultura, da estrutura social, do tempo, do local e de outros aspetos de cariz social passíveis de influenciar este processo (Fonseca, 2011).

Estes aspetos evidenciam que a Sociologia não considera apenas a idade na análise do processo de envelhecimento, mas contempla, também, aspetos como o lugar ocupado na hierarquia social pelos indivíduos, o estado a que se associam indicadores como o género, profissão, grau de habilitações, o tipo de políticas públicas prosseguidas, as estruturas sociais existentes e os significados culturais atribuídos, entre

outros, os quais se articulam com a idade dos indivíduos. Considera-se, assim, todo um conjunto de fatores biológicos, sociais e psicológicos que influenciam o processo de envelhecimento, no reconhecimento da diversidade de experiências de envelhecer que, em rigor, começa logo a acontecer desde o nascimento.

Para O'Rand (2007) a perspectiva do ciclo vital permite fazer a ligação entre as trajetórias individuais e os mecanismos estruturais que condicionam essa mesma ação num dado momento histórico. Segundo esta autora, as análises dos percursos ao longo da vida são baseadas em três princípios básicos. O princípio da *estratificação da idade* marca alguns processos físicos e psicológicos na vida dos indivíduos. A idade tem uma dimensão biológica inerente a si, que distingue diferentes estádios de desenvolvimento, mas é também uma construção social, que agrupa os indivíduos, por exemplo em termos de direitos e obrigações. O princípio da *heterogeneidade* tem inerente o princípio de diferenciação com base da idade. Os níveis de educação e bem-estar podem ser consideradas conquistas que se vão fazendo com a idade e com os trajetos dos indivíduos, que podem ser ou não conquistas geracionais. O princípio demográfico considera que as mudanças que ocorrem ao nível das estruturas, são produto de mudanças históricas e oportunidades estratificadas. Demonstrem padrões de ações individuais de resposta às condições de vida quotidianas, que agregadas se podem considerar como sendo enquadradas num quadro mais vasto de mudança social.

A perspectiva do ciclo vital assume que a forma como a velhice é vivida resulta de uma interação complexa entre uma multiplicidade de variáveis como a idade ou a classe social. Assume-se igualmente que a trajetória de cada indivíduo está dependente de constrangimentos estruturais, não obstante não recusar a existência de alguma margem para a ação individual (Moody, 2006).

A abordagem do ciclo de vida reconhece nos mais velhos capacidade de adaptação às transformações que acompanham o seu processo de envelhecimento para que este não se traduza, necessariamente, numa fase de infelicidade. Esta perspectiva incorpora contributos da teoria da continuidade que postula que apesar das transformações físicas que a idade causa, a maior parte dos indivíduos tende a manter uma certa consistência no que toca a formas de pensamento e atividades desenvolvidas, bem como os seus relacionamentos sociais. A continuidade serve como base ao próprio processo de adaptação que o indivíduo vai realizando ao longo da vida.

A análise do ciclo vital radica em algumas premissas (Moody, 2006): (i) ao longo da vida os indivíduos vão realizando um balanço entre ganhos e perdas, sendo

que nos primeiros anos a vida se pauta mais pelos ganhos, enquanto numa segunda fase o número de perdas é superior; (ii) existem algumas funções psicológicas que diminuem com a idade, enquanto outras não declinam; (iii) ao longo do ciclo vital, a vulnerabilidade interindividual vai aumentando, assim como a diferenciação entre os indivíduos. Além de que existe um conjunto de capacidades de reserva, que os sujeitos vão acionando para compensar as perdas; (iii) a vulnerabilidade do envelhecimento traduz-se em três formas de envelhecer: normal, patológica e com êxito.

A perspetiva do ciclo vital implica considerar os diferentes tempos individuais das trajetórias múltiplas de vida dos indivíduos. É nesta lógica que Elder (2007) apresenta como princípios desta perspetiva os capitais acumulados ao longo do ciclo de vida dos indivíduos e que enformam a experiência de envelhecer. A consideração destes capitais permite uma perspetiva mais ampla da própria vida, bem como o reconhecimento da margem de manobra dos indivíduos face às instituições e políticas sociais no sentido de estes serem corresponsáveis pela construção das suas trajetórias de vida através das suas ações e decisões.

A tradição sociológica das perspetivas sobre o ciclo vital é produto de vários contributos multidisciplinares. Por exemplo, a demografia criou modelos de transição dinâmica na vida dos indivíduos (fertilidade, casamento, entrada no mercado de trabalho, etc.). As teorias da estratificação social ajudaram a compreender a relação entre *status* socioeconómico e bem-estar na velhice. A gerontologia social evidencia a qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital. É atualmente uma das perspetivas mais utilizadas na análise do fenómeno do envelhecimento, não obstante a crítica pela sua aparente dificuldade em conciliar numa só análise as múltiplas variáveis contextuais que têm efeitos sobre o processo de envelhecimento e que são elas próprias identificadas por esta perspetiva (Bengtson, Burgess e Parrott, 1997).

Para Phillipson (2003) as mais recentes abordagens sobre o envelhecimento, nas quais se incluem as perspetivas do ciclo vital, são particularmente úteis na compreensão tanto dos seus aspetos individuais como dos partilhados. Defende então que o foco da investigação sobre o envelhecimento deve ser uma análise articulada das reações e das crises pessoais para, assim, melhor se perceber como é que os indivíduos constroem e estruturam as suas vidas, além das possibilidades e dos limites que lhes são impostos num dado período histórico.

A discussão dos diferentes capitais e recursos que os indivíduos acumulam ao longo da vida e mobilizam na velhice alerta-nos para as desigualdades entre os

diferentes grupos sociais, nomeadamente ao nível da mortalidade, saúde e bem-estar. Estas desigualdades enformam um modelo de estratificação social com implicações aos níveis macro e micro, como são exemplos os desafios aos sistemas de proteção social como às relações dos mais velhos com o seu meio envolvente, nomeadamente a família e a comunidade. De facto, uma das preocupações centrais nos estudos sobre o envelhecimento prende-se ao modo como as desigualdades entre os diferentes grupos sociais têm consequências nas diferentes fases do ciclo de vida.

Para simplificar a análise deste sistema de estratificação social com impacto no ciclo de vida, O'Rand (2011) propõe a utilização do conceito de capital, o qual ganha poder explicativo se dividido nos conceitos de capital psicofísico, pessoal, institucional, comunitário e moral. O conceito de capital tem subjacente a ideia de que os indivíduos vão armazenando “stocks” de recursos ao longo da sua vida que implicam, posteriormente, na sua saúde, bem-estar, qualidade de vida, trabalho, relações familiares, entre outros. São precisamente estas desigualdades que colocam em causa os avanços conseguidos com a modernidade, nomeadamente ao nível do aumento da esperança de vida e de uma melhor prestação de cuidados de saúde e de um bem-estar geral que, no abstrato, proporcionariam uma melhor qualidade de vida. Para a autora, “*o centro do problema é a construção latente da estratificação ou desigualdade como uma condição social fundamental e permanente mas complexa que está subjacente ao ciclo de vida.*” (O'Rand, p. 1). Estas desigualdades que restringem, *à priori*, o investimento no início e ao longo da vida dos indivíduos traduzem-se, depois, em diferentes destinos durante a fase final das suas vidas, ou seja, a velhice.

O conceito de capital humano refere-se às capacidades produtivas dos indivíduos, enquanto agentes económicos que se vão traduzir num armazenamento de conhecimento produtivo ao longo do seu ciclo de vida. Para a autora, esta acumulação de capital que permite aos indivíduos, nomeadamente, ocupar posições diferenciadas no mercado de trabalho, constituiu um mecanismo primário de desigualdade social nos grupos porque influencia correntes de rendimento e acumulação de riqueza diferenciadas que, por sua vez, influenciam o bem-estar ao nível, nomeadamente, laboral e familiar. Relacionado com o conceito de capital humano, está o de capital social, ou seja, os laços sociais que podem ser mobilizados através do estabelecimento de relações sociais que podem ser acionadas para proveito dos agentes sociais.

O'Rand (2007) considera ainda a existência de um outro tipo de capital, o psicofísico, alicerçado nos efeitos do envelhecimento biológico, nomeadamente ao nível

da saúde dos indivíduos e da sua maior ou menor capacidade física. Este tipo de capital está intrinsecamente relacionado com a acumulação de outros tipos de capitais, dificultando ou possibilitando as oportunidades e capacidade dos indivíduos para apreenderem conhecimento e estabelecerem relações sociais. Tem, ainda, forte impacto nas relações familiares pela possível necessidade de prestação de cuidados de apoio aos mais velhos, mais debilitados física e psicologicamente em consequência da idade.

Por sua vez, o capital comunitário remete para o papel das comunidades e suas associações na distribuição e redistribuição de recursos que influenciam a percepção sobre os capitais dos mais velhos, bem como o papel que socialmente lhes é atribuído. Este tipo de capital é de grande importância ao nível da promoção da integração social e da existência de oportunidades equitativas. O'Rand (2007) propõe ainda o conceito de capital moral, relacionado com a identidade social e com o nível de afinidade dos cuidadores, sobretudo em situações de prestação de cuidados.

As formas de capital são interdependentes entre si. O impacto de cada um destes capitais é influenciado e condiciona a acumulação de outras formas de capital. Independentemente da forma e intensidade da reunião de diferentes capitais no início do ciclo de vida, os momentos subsequentes serão de desenvolvimento de uma troca interdependente desses capitais. Assim, a *“complexidade destas relações dinâmicas e contingentes avisa-nos contra as abordagens reducionistas, isoladas e unidisciplinares”* (O'Rand, 2007, p. 9) sobre o envelhecimento, evidenciando a sua multidimensionalidade e os múltiplos impactos em diversas esferas da vida. A análise das formas de acumulação e de interdependências dos capitais devem ser analisados numa ótica estrutural que considere precisamente o impacto das estruturas sociais sobre a distribuição dos atributos individuais da qual resulta a estratificação e a desigualdade sociais.

Em síntese os principais tópicos de discussão e análise sobre o envelhecimento na atualidade e que constituem os eixos analíticos da atual Gerontologia Crítica focam, essencialmente (i) as perspetivas relacionadas com as políticas económicas, com incidência no envelhecimento através da sua dimensão como recurso, económico e político, e de um reconhecido conjunto de constrangimentos estruturais que afetam as pessoas mais velhas, na defesa da ideia de que o processo de envelhecimento está intimamente relacionado com a economia capitalista (Guillemard, 2001, 2004), Estes, Biggs e Phillipson, 2003), Walker, 2002), entre outros); (ii) também de trabalhos mais próximos da área das humanidades cuja atenção se centra na ausência de sentido na vida

das pessoas mais velhas e com a incerteza que pauta o seu quotidiano e as suas relações sociais (Schaie e Achenbaum, 1993); e ainda, (iii) de teorias próximas das perspetivas biográficas e narrativas de Gerontologia e da alteração das relações de poder nas diferentes fases da vida. Procura-se, assim, reinserir a subjetividade no processo de envelhecimento, patente no crescimento do interesse nas perspetivas biográficas e na Sociologia Fenomenológica no estudo da velhice.

Phillipson (2003) refere pelo menos três grandes problemas que se podem apontar às perspetivas atuais sobre o envelhecimento. Em primeiro lugar, o enfoque conferido ao sujeito na construção do seu mundo social pode levar a um insuficiente reconhecimento dos constrangimentos sociais que condicionam as interações e significados daí retirados; de igual forma, as desigualdades sociais têm, neste conjunto de teorias, um papel demasiado periférico, esquecendo-se que a dimensão da exclusão compromete as tentativas de dar voz a todas as formas de envelhecimento. Por último as tradicionais explicações do envelhecimento estão fortemente relacionadas com formas de controlo social, havendo, assim, a necessidade de uma emancipação e de uma visão de que a ordem social pode ser diferente, ainda que Phillipson não especifique como é que esta emancipação é realmente possível.

No caso concreto da aposentação, ainda que se reconheça a existência de mecanismos sociais conducentes à saída do mercado de trabalho em determinada idade, a verdade é que, não só as transformações laborais em contexto de crise têm conduzido ao aumento da idade mínima para a aposentação, como os próprios indivíduos terão diferentes motivações para continuarem ou não no mercado de trabalho. As transformações nas formas de transição entre o trabalho e aposentação evidenciam a queda do modelo tripartido de vida, em prol de formas distintas de passagem entre estados, nomeadamente através de situações híbridas entre atividade e inatividade. No seu conjunto, todo o conjunto de transformações sociais, económicas e culturais atuaram no sentido da desinstitucionalização das fases que definiam outrora o ciclo de vida (Guillemard, 2010). Em alternativa, hoje em dia é possível combinar numa só fase situações de emprego, aprendizagem e formação, constituição de uma vida familiar e inatividade, ao contrário do que se verificava anteriormente em que cada fase da vida estava associada a um dado estado. Para Guillemard vivemos um período de "*enfraquecimento da regulamentação coletiva do curso da vida*" (2010, p.298) que não pode ser dissociado da proliferação de múltiplas trajetórias de vida e, em concreto, de transição à aposentação.

As referências cronológicas antes usadas para diferenciar as idades de trabalho e de reforma deram lugar a referências funcionais dos indivíduos apesar do carácter impreciso e aleatório deste processo que é pouco controlável pelos próprios indivíduos. Daqui resulta uma organização da trajetória profissional substancialmente diferente na medida em que não se funda na idade mas sim nas capacidades, competência e no desempenho dos trabalhadores. Aceita-se hoje que os significados da velhice não são líquidos e que as fases de vida são meras construções sociais. Torna-se assim fundamental romper com discursos pré-construídos e com representações do senso comum sobre o envelhecimento, reconhecendo que as características associadas à idade e a divisão tripartida da vida em fases são, essencialmente, construções sociais que variam em função do tempo e do espaço em que ocorrem.

Phillipson (2003) nota ser fundamental identificar os fatores indutores tanto da saída do mercado de trabalho, como do prolongamento da atividade profissional, intuito este que elegemos para a investigação que aqui apresentamos. Importa também conhecer as oportunidades de emprego associados ao envelhecimento, nomeadamente ao nível dos serviços e atividades de apoio aos mais velhos, as quais devem ser acompanhados por uma estratégia integrada de resposta aos desafios que passe por políticas de emprego e de formação profissional dos mais velhos. Este último ponto foi abordado por Fernandes através do estudo *Envelhecimento e Perspetivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos* (2007a). Também Luís Centeno coordenou um estudo sobre *Envelhecimento e Perspetivas de Luta contra as Barreiras da Idade no Emprego* (2007) onde evidenciou, particularmente, a importância da formação e da atualização de competências dos trabalhadores mais velhos enquanto estratégias de combate à diminuição da massa salarial destes e, portanto, de uma menor participação económica. Concluiu ainda a operacionalização de estratégias de promoção do envelhecimento ativo, nomeadamente ao nível da eliminação dos incentivos à reforma antecipada, à promoção da manutenção do emprego, à intervenção junto das entidades empregadoras a fim de evitar situações de discriminação, por exemplo, ao apoio aos trabalhadores através da contratação de desempregados mais velhos e de promoção da sua empregabilidade. Observou ainda a importância do desenvolvimento de intervenções horizontais ao nível da informação e sensibilização da saúde no trabalho, por exemplo. Apesar de subsistirem representações sociais negativas dominantes sobre o envelhecimento, é importante frisar que este não implica, necessariamente, perda de capacidades e competências, nomeadamente para o

trabalho. Concretamente, por via dos avanços na Medicina que proporcionam um melhor estado de saúde e bem-estar em geral aos indivíduos, é crescente o número daqueles que recusam a inatividade por via da saída do mercado de trabalho por reunirem condições físicas e psicológicas para o desempenho profissional. Além disso, os mais velhos contam ainda com a experiência e o saber acumulados ao longo do tempo. De facto, a capacidade para o trabalho resultará mais de uma combinação de fatores como as condições de trabalho, a sua organização e os recursos dos indivíduos do que propriamente da idade biológica dos indivíduos. Moreira et al (2012) alertam precisamente para a necessidade de serem realizados novos estudos para melhor compreender de que forma é que o declínio físico e psicológico afeta a capacidade dos indivíduos para o trabalho.

As análises sociológicas sublinham, precisamente, que a segunda parte da carreira profissional é uma construção social condicionada pela organização dos tempos de trabalho e não trabalho (Guillemard, 2003). Moody defende que não existem factos evidentes no envelhecimento social. No caso da passagem à reforma defende que “ (...) *até certo ponto a reforma é um significado partilhado de acontecimentos sociais, uma interpretação da razão do indivíduo já não participar na força laboral paga. (...) A aceitação pouco exigente da reforma que se avalia como um «facto» ambíguo acerca do mundo social torna-se uma espécie de mistificação da experiência de desemprego vivida e da doença crónica, e esta mistificação tem consequências ideológicas e políticas.*” (cit. por Phillipson, 1998, p. 12-13). Isto implica necessariamente um diálogo entre a pessoa mais velha, a comunidade académica e os técnicos mais diretamente envolvidos nas estratégias direcionadas para o envelhecimento. Mais do que uma ideia de dependência, a velhice deve ser vista como uma condição emancipatória.

Numa sociedade em constante mudança, torna-se necessário analisar quais os sentidos que os indivíduos conferem a cada uma destas fases do ciclo da vida. Todas estas alterações podem significar uma flexibilidade que caracteriza os modos como os sujeitos encaram as diversas dimensões da sua vida, como é o caso do trabalho, da educação e da gestão dos tempos de lazer.

As principais perspetivas sobre o envelhecimento são, muitas vezes, arreigadas de valores sociais de forma mais ou menos explícitas e que vão por sua vez, influenciar, de certa forma, os valores sociais dominantes sobre a velhice. Muitas teorias acabam por refletir valores sociais de uma forma acrítica (Moody, 2006). Além disso, nenhuma das teorias apresentadas esgota o campo de análise do envelhecimento, ainda que sejam

representativas dos principais eixos de análise e intervenção neste domínio. Demonstram, ainda, a importância da interdisciplinaridade na análise deste fenómeno. De facto, o desenvolvimento de várias perspetivas sobre o processo de envelhecimento traduz-se hoje num mais e mais completo conhecimento multidisciplinar sobre este fenómeno que evidencia as suas variadas componentes – biológica, psicológica e social, bem como os seus múltiplos impactos, nomeadamente sociais, culturais e económicos. Demonstram, ainda, que a experiência da velhice e do processo do envelhecimento são influenciadas pelo tempo e pelo espaço do momento da análise. De outra forma, as representações sobre o envelhecimento são um produto de construções sociais.

As sociedades atuais são muito diferentes das anteriores o que obriga, necessariamente, a uma alteração dos padrões de atuação com vista à sua adequação às mudanças decorrentes da alteração dos padrões demográficos (Fernandes, 2001).

Considera-se atualmente ser possível enfrentar com êxito os desafios do envelhecimento, seguindo, nomeadamente, uma abordagem centrada em todo o ciclo de vida dos indivíduos e que valorize o potencial de todas as gerações, especialmente das mais velhas. Isto implica necessariamente estratégias e iniciativas que mantenham os indivíduos ativos, seja na sua condição de trabalhadores, consumidores, cidadãos ou prestadores de cuidados tendo, como pano de fundo, a solidariedade intergeracional. No ponto seguinte iremos abordar precisamente o paradigma do envelhecimento ativo que enforma grande parte das intervenções no domínio do envelhecimento, explicando a sua origem, interpretações, objetivos, determinantes e resultados até então alcançados.

2.3. ENVELHECIMENTO ATIVO

Os atuais paradigmas de análise do envelhecimento demográfico têm evidenciado a necessidade da definição e implementação de políticas sociais que respondam às necessidades das sociedades e dos indivíduos decorrentes deste processo. Impõe-se, então, questionar as possibilidades e desenhar os limites de como a questão do envelhecimento deve ser hoje tratada pelas sociedades atuais (Fernandes, 2007b).

Instituições políticas supranacionais e nacionais, como a União Europeia e os seus Estados-membros, iniciaram um movimento de discussão e reflexão acerca dos

múltiplos impactos do envelhecimento. As estratégias de intervenção definidas visam, de forma lata, combater situações de idadismo, isolamento social, doença ou pobreza entre os mais velhos, e promover a integração e participação ativa dos mais velhos nas variadas esferas sociais. Esta discussão alargada tem procurado reinventar o significado do envelhecimento e redefinir o espaço reservado aos mais velhos (Ribeiro, 2012), nomeadamente ao nível do mercado de trabalho, das relações familiares, da cidadania ou das instituições políticas ou, de forma lata, proporcionar condições para um envelhecimento com maior qualidade de vida e o fomento de uma imagem positiva dos idosos. Em consequência têm sido definidas e implementadas medidas e programas políticos de intervenção no domínio dos impactos do envelhecimento demográfico.

O modelo tradicional de organização social das sociedades foi abalado pelos impactos económicos, sociais, culturais, entre outros, decorrentes do envelhecimento demográfico. Em resultado, nas últimas décadas do século XX surgiram desequilíbrios, nomeadamente a nível intergeracional, aos quais é necessário dar resposta através de uma reorganização social da qual resulte um novo estado de equilíbrio. Apesar de a possibilidade deste processo resultar num aumento das tensões e numa possível rutura das formas de organização social vigentes, o envelhecimento demográfico pode revelar *“um potencial de novas dinâmicas que abrem espaço para repensar e rever alguns desses arranjos coletivos”* (Lopes; Gonçalves, 2012).

Nesta discussão sobre o envelhecimento demográfico e procura de estratégias de intervenção assume particular relevância o conceito de envelhecimento ativo. A sua complexidade está patente na diversidade das suas utilizações e definições, não obstante o predomínio de duas aceções as quais resultam, em parte, dos diferentes objetivos e âmbito de atuação dos organismos considerados (Marques et al, 2012). Uma primeira, sobretudo utilizada pela União Europeia, Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e Banco Mundial coloca a tónica na participação dos trabalhadores mais velhos (55 aos 64 anos) no mercado de trabalho, no prolongamento do tempo da sua trajetória profissional e nas condições de saúde e de trabalho e, portanto, na atividade, seja produtiva ou não, não obstante uma clara referência ao prolongamento da vida ativa e à sua relação com o estado de saúde dos indivíduos; a outra, apresentada pela Organização Mundial de Saúde, centra-se nos pilares da participação social, na saúde e no bem-estar dos mais velhos.

Estas duas perspetivas têm em comum a consideração de que se os indivíduos vivem mais anos e em melhores condições de saúde podem, também por isso, prolongar

a sua vida ativa. Resulta também da defesa de que a ligação ao mundo do trabalho promoverá a integração dos indivíduos na sociedade. Não se trata portanto apenas de aumentar a idade da reforma mas também de criar condições de estímulo às pessoas para que prolonguem a sua atividade. Porém, a participação dos mais velhos no mercado de trabalho muitas vezes é entendida numa perspetiva económica com vista à redução da pressão económica e financeira sobre os sistemas de proteção social e de procura de equilíbrio entre a população ativa e a inativa.

Apesar das suas diferentes aceções, a necessidade de definir e aplicar estratégias de intervenção e resposta ao envelhecimento demográfico transformou o paradigma do envelhecimento ativo num propósito coletivo e um importantíssimo objeto político (Ribeiro, 2012). Para Fernández-Ballesteros et al. (2011), o modelo de envelhecimento ativo veio assumir-se como um novo paradigma de combate a estereótipos negativos associados aos mais velhos por via, nomeadamente, da defesa e incentivo da sua maior participação e integração na sociedade. Acrescenta, contudo, que é fundamental para o sucesso deste processo que a sociedade reconheça e valorize os conhecimentos e competências dos mais velhos, perspetivando-os enquanto um recurso fundamental para o seu próprio desenvolvimento.

A definição de envelhecimento ativo da OMS surgiu em finais da década de 1990, na Conferência Mundial sobre o Envelhecimento, sendo apresentado enquanto um processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança que visa melhorar a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (WHO, 2002). Implica autonomia, independência – nas atividades (instrumentais) de vida diárias, expectativa de uma vida saudável e qualidade de vida. Tem como determinantes i) as características do indivíduo (aspetos biológicos, genéticos e psicológicos), ii) variáveis de natureza comportamental (estilo de vida saudável e participação no cuidado na própria saúde), económicas (rendimentos, proteção social, oportunidades de trabalho digno), meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhanças seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros) e meio social (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), iii) saúde e serviços sociais (acessíveis e de qualidade, orientados para a promoção da saúde e doenças).

Do ponto de vista teórico, o conceito de envelhecimento ativo é sustentado tanto pelos determinantes apresentados como pela perspetiva do ciclo vital (Ribeiro, 2012), isto é, pelo reconhecimento de que os moldes da vivência do processo de envelhecimento estão intrinsecamente relacionados com todo o percurso de vida dos

indivíduos, nomeadamente ao nível das esferas do trabalho, família e grupo de pares, bem como pelo contexto social que define e atribui o papel social de velho. Apesar destes determinantes, a própria OMS reconhece a existência de outros fatores que podem propiciar ou dificultar a mudança social que o modelo de envelhecimento ativo se propõe a ser, nomeadamente o género e a cultura.

O conceito de envelhecimento ativo é sustentado em três pilares, não se esgotando unicamente numa preocupação com o estado de saúde dos mais velhos. Tem, pelo contrário, um alcance mais vasto com outros domínios, nomeadamente com o bem-estar físico, social e mental dos mais velhos e que decorrem dos pilares da participação social e segurança. O primeiro remete para um conjunto de atividades relacionadas com a vertente social da vida, nomeadamente ao nível do mercado de trabalho, educação e cidadania, incentivando a uma maior contribuição e integração dos mais velhos na sociedade. O segundo está estritamente relacionado com a sua proteção, com vista a assegurar a satisfação das necessidades dos mais velhos e o respeito pela sua dignidade.

O conceito de envelhecimento ativo situa o envelhecimento individual num âmbito social, evidenciando uma multiplicidade de implicações deste processo. Tem como particular virtualidade o facto de se afastar de uma visão mais individual e, portanto, mais restrita do envelhecimento (Fernandes; Botelho, 2007). A primeira relaciona-se com a perceção dos próprios indivíduos acerca do seu potencial para um maior bem-estar físico, social e mental durante o seu ciclo de vida, o qual enforma os moldes da sua forma de participação na sociedade. A segunda com aspetos mais ligados à proteção, cuidados adequados e segurança que a sociedade disponibiliza. Trata-se portanto da garantia dada pela sociedade relativamente às condições de otimização das capacidades dos indivíduos. Considerou-se o vasto cenário em que estes se inserem, particularmente ao nível das suas características individuais referentes à comunidade em que estão integrados, a qual funciona como elemento chave para a aplicação de medidas de adequadas. O envelhecimento ativo implica uma participação contínua, mesmo daqueles que se reformaram, que têm ou algum problema de saúde ou alguma limitação que não implica, necessariamente, que não exista participação social.

A saúde no envelhecimento é um aspeto de grande relevância, seja ao nível do bem-estar físico, mental ou social, além da manutenção e promoção da autonomia e da independência dos idosos, qualidade de vida e expectativa de uma vida saudável (OMS, 2005). A assunção de que o envelhecimento ativo passa necessariamente por um bom estado de saúde e por um bem-estar generalizado dos indivíduos insere-se nas

preocupações dos Estados acerca do envelhecimento. De outra forma, uma vida mais saudável e com maior qualidade traduzir-se-á numa menor necessidade de cuidados de saúde ou apoio social e, conseqüentemente, em menores custos com os sistemas de saúde e de apoio social, aspeto que se revela imperativo no atual contexto de crise de sustentabilidade dos Estados-Providência.

A reconhecida abrangência do envelhecimento ativo e a referência às suas múltiplas vertentes e determinantes constituem uma das duas grandes virtualidades. Referidas anteriormente. Contudo, esta característica perder-se-á numa utilização mais frequente do conceito que se circunscreva a um conjunto restrito de questões relacionadas com o exercício físico e a funcionalidade (numa lógica de procura de um melhor estado de saúde) ou sobre o prolongamento da vida ativa, onde a componente económica e social são tidas como centrais (Ribeiro, 2012).

Subjacente ao modelo de envelhecimento ativo está uma dupla responsabilização por parte dos Estados e dos indivíduos. Dos primeiros espera-se que definam estratégias de intervenção que promovam um envelhecimento saudável, ativo, com oportunidades de participação e de bem-estar. Dos segundos espera-se que sejam responsáveis pelo aproveitamento das oportunidades criadas para que os próprios sejam agentes ativos no seu processo de envelhecimento.

Vários alertas têm sido feitos no sentido da recusa de uma visão “*homogénea ou homogeneizante*” dos mais velhos (Lopes; Gonçalves, 2012) que dote este grupo etário de características, expectativas e de um património familiar e laboral idênticos. O erro mais comum que daqui decorre é a não definição de estratégias de intervenção diferenciadas o que resulta numa visão dos mais velhos como um grupo uniforme. A alternativa passa necessariamente pela atenção à subjetividade inerente ao ser ativo, isto é, à consideração dos interesses e objetivos particulares dos mais velhos numa lógica de atenção às suas características. Este aspeto remete-nos necessariamente para os já referidos pilares teóricos do modelo de envelhecimento ativo que frisam precisamente a importância fulcral do percurso de vida dos idosos e de uma multiplicidade de determinantes na forma como estes experienciam o processo de envelhecimento. Importa, assim, atentar nas expectativas, interesses e objetivos dos mais velhos para que a definição de estratégias de envelhecimento ativo não signifique uma divergência entre os referenciais da população alvo e os políticos, podendo estes últimos assumir essencialmente um cariz mais económico. Na opinião de Ribeiro (2012), este aspeto constitui uma crítica a uma visão determinista sobre o envelhecimento, presente na

definição da OMS, nomeadamente, quando desvalorizando a subjetividade necessariamente presente neste processo, identifica apenas variáveis objetivamente mensuráveis para que se verifique, ou não, um envelhecimento ativo.

O entendimento do conceito de envelhecimento ativo como modelo de intervenção primordial suscitou um conjunto de preocupações científicas, de cariz descritivo ou explicativo (Ribeiro, 2012), que se têm materializado num conjunto de investigações científicas. Entre outros aspetos, estas têm procurado problematizar as dimensões biológicas, psicológicas e sociais do processo de envelhecimento, os seus determinantes e a eficácia de estratégias de intervenção neste domínio.

No campo da sociologia, pensar o envelhecimento ativo, implica necessariamente *“refletir sobre as condições e critérios da idade e como estes devem ser repensados no contexto das sociedades de modernidade avançada, pautadas pela globalização e pelo risco”* (Carendec, 2008; Beck, 2006 cit. por Lopes; Gonçalves, 2012). Os trabalhos de âmbito sociológico desenvolvidos neste domínio têm explorado, então, as dinâmicas sociais que subjazem a uma reconfiguração das estruturas e da organização social, bem como daquelas que estão na génese de um envelhecimento socialmente diferenciado, ainda que persista a necessidade de uma reflexão sociológica própria. (Machado, 2008). Não obstante, são reconhecidos os esforços no sentido da problematização das formas de criação e distribuição de oportunidades de saúde, participação e segurança, *“como seja a sua natureza socialmente assimétrica, o seu real alcance e formas de apropriação, ou os contextos sociais e ambientais em que as oportunidades se concretizam”* (Ribeiro, 2012, p. 41)

Na realidade portuguesa destaca-se a recente reflexão de Lopes e Gonçalves (2012) acerca da reconfiguração de esferas de organização social resultantes da procura de estratégias de resposta aos desafios do envelhecimento da população, as quais tomam forma pelo envelhecimento ativo. Os autores focaram-se particularmente em duas dinâmicas de ampla discussão académicas e políticas: as relações entre mercado de trabalho, por um lado, e das relações familiares, por outro.

Os autores concluíram acerca do papel central das relações familiares no bem-estar dos indivíduos ao longo da sua vida, o que é sobretudo sentido entre os idosos, considerando o comum afastamento destes doutras esferas da sua vida, nomeadamente do trabalho. Apesar desta reconhecida importância da esfera familiar, os autores alertam para a existência de perspetivas unidirecionais sobre o lugar do idoso que facilmente se traduzem numa imagem negativa sobre este, tendencialmente encarado como um

consumidor de recursos e não como um recurso em si, nomeadamente ao nível do apoio aos mais novos, sobretudo num cenário de recuo do Estado-Providência. Chamam ainda a atenção para a ausência de medidas políticas concretas relativas ao envelhecimento no seio familiar, contrariamente ao postulado pelo modelo do envelhecimento ativo.

Ao nível da intervenção política, o envelhecimento ativo constitui atualmente uma estratégia política fundamental de ampla intervenção no domínio do envelhecimento. Resulta num compromisso político dos Estados com as sociedades (Ribeiro, 2012). O centro das políticas e instrumentos adotados têm sido a manutenção de um estado de saúde saudável entre os mais velhos, preocupação com efeitos diretos na redução dos custos com os sistemas de saúde e de apoio social, um aspeto prioritário no atual cenário de crise económica e de reequilíbrio orçamental da generalidade dos países desenvolvidos, o prolongamento temporal da atividade profissional, com vista ao aumento das taxas de emprego, particularmente dos trabalhadores mais velhos (55 aos 64 anos) e a uma redução dos encargos com o pagamento de pensões, e ainda o incentivo dos mais velhos ao usufruto da sua cidadania por via da integração em processos políticos e comunitários.

O papel de destaque que o envelhecimento ativo assumiu na agenda política europeia está patente, nomeadamente, na definição de 2012 como Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. Este ano teve como objetivos *“Valorizar e sublinhar os contributos úteis que as pessoas mais velhas prestam à sociedade e à economia, reforçar a sua independência, bem como a solidariedade entre as gerações”* (Comissão Europeia, 2007). No balanço deste ano europeu, a UE-27 evidencia a sua importância para o desenvolvimento de uma dinâmica política que envolveu intervenientes políticos aos mais variados níveis, desde a UE-27, administrações locais e organizações da sociedade civil em representação de várias gerações. Desta dinâmica resultaram propostas de resolução dos problemas decorrentes do envelhecimento demográfico e de aproveitamento das oportunidades a este associadas. Não se tratou portanto apenas de sensibilizar a opinião pública acerca da necessidade e importância de mudar representações e atitudes acerca dos mais velhos mas, além disso, de operacionalizar os resultados alcançados em medidas concretas de promoção do envelhecimento ativo assegurando, assim, a coesão social e a prosperidade com vista ao bem-estar de todas as gerações.

É atualmente objetivo da UE-27 promover a solidariedade intergeracional, reconhecendo que o envelhecimento implica a criação de condições a uma maior

independência e autonomia dos mais velhos o que passam necessariamente por uma repartição equilibrada de recursos e oportunidades entre as gerações e pela criação de uma sociedade que proporcione condições de desenvolvimento aos indivíduos de todas as idades. Para esse efeito tem apresentado um conjunto de documentos que enunciam medidas para a promoção local e regional do envelhecimento ativo e das próprias declarações de compromisso assumidas pelos países-membros, em paralelo à definição autónoma de estratégias no sentido de promover o envelhecimento ativo e recomendações por vários países europeus.

Este organismo assume claramente a sua grande determinação em promover este paradigma sendo exemplo disso a formulação dos *Princípios Orientadores para o Envelhecimento Ativo e a Solidariedade entre as Gerações*. Neste documento enfatiza os contributos dos mais velhos para a economia e para a sociedade potenciados por melhores condições de saúde e educação que estes têm alcançado ao longo das últimas décadas e que podem reforçar maiores contributos dados por eles e a exploração do seu potencial. Contudo, a UE-27 salvaguarda que tal só será possível se existirem oportunidades de bem-estar físico, social e mental ao longo do curso de vida.

O paradigma do envelhecimento ativo propõe-se precisamente dar resposta às necessidades de uma maior qualidade de vida dos indivíduos, a 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 EU-27 define como princípios orientadores para o envelhecimento ativo e a solidariedade entre gerações os domínios do emprego, da participação na sociedade e de uma vida independente. Não obstante a definição de orientações comuns com base no paradigma de envelhecimento ativo, a UE-27 salvaguarda que a sua aplicação deve atentar as diferenças entre Estados-Membros, nomeadamente do ponto de vista organizacional, dos recursos disponíveis, das suas circunstâncias e dos desafios específicos com que se debatem. Frisa ainda 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.

A UE-27 salvaguarda ainda que as estratégias de envelhecimento ativo devem proporcionar oportunidades para todos os grupos etários mais velhos, independentemente do género, etnia, meio cultural ou possível deficiência. Considera que o envelhecimento ativo promove uma maior solidariedade entre os próprios idosos, além de promover a sua autonomia a qual permite à sociedade reforçar o apoio aos idosos mais carenciados. Bagão Félix considera que uma maior consciencialização das sociedades acerca dos mais velhos pode criar espaços para uma nova ética e código de relações com os mais velhos, os quais pode estar na base da evolução do conceito de população ativa para um outro mais alargado e mais solidário que designa por *sociedade ativa* “onde a solidariedade seja um património adquirido e onde os mais velhos, depois de uma vida de trabalho, não sejam encarados como um passivo ou fardo para os outros” (2002, p. 148).

Cada um dos *Princípios Orientadores do Envelhecimento Ativo* apresentados se desdobra em medidas concretas que apresentamos no quadro seguinte.

Quadro 7. Dimensões e princípios orientadores para o envelhecimento ativo

Dimensões	Princípios orientadores
Emprego	Educação e formação profissionais permanentes
	Condições de trabalho saudáveis
	Estratégias de gestão etária:
	Serviços de emprego para os trabalhadores mais velhos
	Evitar a discriminação com base na idade
	Sistemas fiscais/de prestações favoráveis ao emprego
	Transmissão de experiência
	Conciliação entre trabalho e cuidados
Participação na sociedade	Segurança de rendimento
	Inclusão social
	Voluntariado sénior:
	Aprendizagem ao longo da vida:
	Participação no processo decisório
Vida independente	Apoio aos prestadores informais de cuidados
	Promoção da saúde e prevenção da doença
	Habitação e serviços adaptados
	Transportes acessíveis e a preços módicos
	Ambientes e bens e serviços para todas as idades
	Maximizar a autonomia nos cuidados prolongados

Fonte: Comissão Europeia, 2012.

Considerando que o tema da investigação que desenvolvemos, e que se prende objetivamente com o prolongamento temporal, ou não, da atividade profissional,

apresentaremos com maior pormenor as medidas concretas que a UE-27 definiu ao nível da dimensão do emprego.

Ao nível da *educação e formação profissionais permanentes*, considera-se ser fundamental a igualdade de género no acesso e participação nos sistema de educação, formação e desenvolvimento de competências que permitam aos indivíduos mais velhos (re)ingressar, de forma plena, no mercado de trabalho e em condições adequadas.

Para a existência de *condições de trabalho saudáveis*, é tido como fundamental a promoção de condições e ambientes de trabalho propícios à preservação da saúde e do bem-estar dos trabalhadores que possam, assim, assegurar a sua empregabilidade ao longo da vida.

No que respeita às *estratégias de gestão etária*, trata-se de adaptar as carreiras e as condições de trabalho às necessidades dos trabalhadores atendendo às diferentes exigências decorrentes do processo de envelhecimento. Em concreto, esta medida visa criar condições para antecipar a saída do mercado de trabalho através da reforma antecipada.

Quanto aos *serviços de emprego para os trabalhadores mais velhos*, define-se ser fundamental aconselhar, colocar e apoiar a (re)integração dos trabalhadores mais velhos que optem por permanecer no mercado de trabalho em prol da aposentação.

Considera-se ser ainda fundamental *evitar a discriminação com base na idade*, que constituiu o principal motivo de saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, conforme discutiremos no Capítulo IV, garantindo que estes são tratados com igualdade no mercado de trabalho, não sendo a idade um critério decisivo para a avaliação da aptidão e desempenho do trabalhador.

É importante ainda evitar atitudes discriminatórias e estereótipos negativos relacionados com a idade dos trabalhadores mais velhos em relação ao trabalho, bem como evidenciar o seu contributo durante toda a sua trajetória profissional.

Quanto aos *sistemas fiscais/de prestações favoráveis ao emprego* trata-se de rever os sistemas fiscais e de prestações sociais, de forma a garantir que o trabalho seja compensador para os trabalhadores mais velhos assegurando, simultaneamente, um nível de prestações adequado.

Relativamente à *transmissão de experiência*, considera-se ser fundamental definir métodos de capitalização dos conhecimentos e aptidões dos trabalhadores mais velhos, nomeadamente através de sistemas de tutoria e da constituição de equipas com idades diversificadas.

Por fim, no que concerne à *conciliação entre trabalho e cuidados*, é indicada a adaptação das condições de trabalho, bem como a existência de regimes de licença adequados a mulheres e homens que lhes permitam permanecer no emprego ou regressar ao mercado de trabalho, enquanto prestadores informais de cuidados.

A UE-27 sintetiza as principais mensagens políticas acerca do envelhecimento ativo nos seguintes aspetos: i) procura de uma Europa competitiva, próspera e cooperante marcada pela inovação, criatividade, inclusão social e coesão que passam necessariamente pela aposta no envelhecimento ativo e na solidariedade intergeracional; ii) participação das pessoas mais velhas não só na vida social, económica, política, cultural e cívica mas também na força de trabalho; iii) definição de instrumentos de aproveitamento do potencial de trabalho das pessoas mais velhas que passam, nomeadamente, por sistemas de aprendizagem ao longo da vida, políticas de envelhecimento ativo que permitam uma extensão da permanência no mercado de trabalho, políticas de saúde e segurança no trabalho e da promoção do envelhecimento saudável como um processo contínuo durante todo o ciclo da vida; iv) encorajamento da transmissão de conhecimentos e competências dos mais velhos às gerações mais novas, e vice-versa, podendo estas competências ser também usadas depois da aposentação, por exemplo, na economia social e através do trabalho voluntário; v) promoção de medidas que encorajem a cooperação intergeracional e que eliminem perceções e estereótipos negativos, incluindo os de género; vi) integração do paradigma de envelhecimento ativo aos níveis central, regional e local, vii) criação de estratégias de conciliação da vida profissional com a privada através de políticas de igualdade de género, de práticas laborais que favoreçam a vida familiar, de disposições em matéria de licença para homens e mulheres e de medidas ligadas aos cuidados a crianças, aos familiares mais idosos e a outras pessoas dependentes portadoras de deficiência.

Entre os documentos produzidos a nível europeu sobre o envelhecimento ativo destaca-se também o relatório *How to promote active ageing in Europe. UE support to local and regional actors* (European Union, 2011), pelo qual a UE-27 apresentou a atualização para 2012 das recomendações que havia feito em 2009 acerca do papel dos agentes locais e regionais na promoção do envelhecimento ativo. As recomendações feitas abarcam: (i) o mercado de trabalho, sendo recomendado o apoio à atualização de competências e conhecimentos dos trabalhadores mais velhos, o desenvolvimento de serviços inovadores de apoio aos mesmos e o incentivo ao desenvolvimento de modelos de boas práticas de promoção do envelhecimento ativo em contexto laboral; (ii) a nível

da sociedade, incentiva-se o desenvolvimento de atividades de voluntariado, o exercício ativo da cidadania, a facilitação de oportunidades de relacionamento interpessoal e o apoio a carreiras informais; (iii) para uma vida mais saudável e independente, é recomendada a adoção de medidas de prevenção da dependência, o fomento de uma vida independente através de soluções ajustadas, a promoção de uma vida longa e saudável e a criação de meios de acessibilidade a transportes e infraestruturas; (iv) para uma maior solidariedade intergeracional, há a defesa de uma maior troca entre gerações, a criação de oportunidades para uma maior e mais fácil compreensão intergeracional e a promoção de uma diversidade etária em contexto laboral.

No caso concreto de Portugal, Gil (2007) considera que as políticas sociais da velhice têm sido marcadas por uma fraca aposta em medidas de envelhecimento ativo que potenciem uma maior participação dos indivíduos, que promova estilos de vida mais ativos, que contribuam para uma maior qualidade de vida, no acesso à informação e às novas tecnologias, na promoção da aprendizagem ao longo da vida, no acesso a atividades de lazer, culturais e desportivas, ao nível da saúde, das respostas sociais, nomeadamente instituições de apoio. A autora considera ser necessário pensar novas políticas sociais integradas e criar medidas de apoio aos indivíduos, às famílias e às comunidades, a par de medidas de promoção da saúde, participação e de otimização de estilos mais ativos e, assim, indutores de uma maior qualidade e satisfação com a vida.

Na discussão dos programas europeus de promoção do envelhecimento ativo importa atentar nas diferentes realidades dos Estados-Membros e que estão na base de uma necessária adequação ao contexto de aplicação desses programas (Pestana, 2004). Para o caso português há a considerar que a superação de metas definidas do ponto de vista europeu se deve essencialmente a constrangimentos socioeconómicos estruturais que caracterizam, nomeadamente a força de trabalho, e não necessariamente a avanços ao nível das políticas de promoção do envelhecimento ativo.

As preocupações patentes nos documentos e recomendações europeias e nacionais com o envelhecimento ativo evidenciam uma abordagem centrada na participação e no contributo dos mais velhos na e para a sociedade. Para Alan Walker (2008) esta preocupação é especialmente notória ao nível do mercado de trabalho, nomeadamente pelo incentivo à criação de oportunidades de emprego, ou na sua manutenção neste, para os trabalhadores mais velhos, bem como do desenvolvimento de diferentes condições de passagem à reforma que prolonguem a trajetória profissional dos indivíduos. De facto, se durante bastante tempo as intervenções políticas estiveram

muito direcionadas para questões relacionadas com melhores condições de saúde para os mais velhos, sobretudo para aqueles com idade mais avançada, atualmente, e apesar de se manter este primeiro enfoque, há claramente um maior destaque atribuído a questões laborais e económicas, fruto das crescentes preocupações com o mercado de trabalho e com atividades de maior valor social. Em consequência, o envelhecimento ativo pode ser sobretudo entendido enquanto um instrumento de participação económica e, portanto, no âmbito do conceito de “*envelhecimento produtivo*” (Ribeiro, 2012).

O mercado de trabalho tem sido atravessado por múltiplas transformações que promoveram a sua reconfiguração. Estas decorrem, nomeadamente, de um aumento da escolarização, de uma crescente participação da mulher no mundo do trabalho, da terciarização das atividades laborais, da proliferação de formas de precariedade laboral, por uma maior instabilidade e insegurança, por um aumento generalizado dos níveis de desemprego e pela manutenção de desigualdades salariais, nomeadamente ao nível do género (Gonçalves, 2009; Rodrigues, 2007). Além disso, esta reconfiguração não foi imune aos efeitos do envelhecimento da população, sendo reconhecida a relação entre as dinâmicas do mercado de trabalho e os processos demográficos (Kuhn e Ochsen, 2009 cit. por Lopes; Gonçalves, 2012). Assim, o envelhecimento da população ativa, patente no aumento do peso dos trabalhadores mais velhos (55 aos 64 anos), constitui-se enquanto importante motivo de reconfiguração do mercado de trabalho.

O incentivo à permanência dos mais velhos no mercado de trabalho, enquanto estratégia de envelhecimento ativo, e de rompimento com a associação entre envelhecimento e incapacidade, tem sido um tema permanentemente presente nas estratégias políticas. Surge como medida de incentivo a taxas mais elevadas de emprego, de combate ao desemprego e à inatividade, bem como de procura de respostas a uma maior sustentabilidade dos sistemas de pensões, fortemente afetados pelo aumento do número de mais velhos em consequência do envelhecimento demográfico. Além disso, esta permanência é entendida como essencial para a prossecução dos pilares do envelhecimento ativo, na medida em que “*a reforma, especialmente nos casos de antecipação face à idade convencionada, pode condicionar a participação e a integração na vida social*” (Fernandes; Botelho, 2007, p. 15).

No caso do mercado de trabalho é particularmente importante reconhecer a diversidade de experiências de envelhecimento, recusando a já referida visão homogénea dos idosos. É então fundamental rejeitar leituras uniformes e assumir a diversidades do tipo e da duração das trajetórias profissionais, as condições de trabalho

existentes e as especificidades do conteúdo do trabalho, bem como a motivação e a satisfação que os mais velhos demonstram para o trabalho (Lopes; Gonçalves, 2012). Trata-se de superar uma perspectiva reducionista e, assim, insuficiente, sobre a posição e papel dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho patente na definição de estratégias e instrumento padrão que não atendem à diversidade de expectativas e práticas dos indivíduos na esfera do trabalho, signifique isso a permanência na mesma ou a passagem à reforma. De outra forma, é fulcral perceber a capacidade, física e psicológica dos mais velhos para o trabalho, identificar os seus níveis de motivação para a formação e a aprendizagem contínua, considerados essenciais no atual mercado de trabalho e que, de resto, englobam todas as recomendações em prol do envelhecimento ativo, bem como apurar a existência, ou não, de situações de discriminação em contexto de trabalho, nomeadamente com base na idade. Há portanto que recusar estratégias de intervenção direcionadas para um tipo único de trabalhador mais velho.

É necessário, contudo, estar alerta a uma possível tônica excessiva no mercado de trabalho, patente numa preocupação em muito centrada no aumento das taxas de emprego dos trabalhadores mais velhos por via do incentivo à sua permanência no mercado de trabalho ou ao retorno ao mesmo. Importa, então, combater uma visão essencialmente economicista do envelhecimento ativo (Boudiny e Mortelmans cit. por Ribeiro, 2012). É fundamental colocar a discussão sobre o envelhecimento ativo além das questões do prolongamento da vida ativa e da passagem à reforma recusando, nomeadamente, o foco nos idosos “mais novos” por estarem, à partida, mais capazes para o exercício de uma atividade profissional, e assim centrar a discussão numa lógica mais abrangente que abarque as múltiplas dimensões da experiência de envelhecimento.

A nível de políticas, Lopes e Gonçalves (2012) alertam para a necessidade de perspetivar os desafios do envelhecimento demográfico não apenas à luz da sustentabilidade dos regimes de segurança social e do pagamento de pensões mas, de forma mais lata, “dos fundamentos e do financiamento” do Estado-Providência. Importa considerar dimensões mais abrangentes que atualmente fundam as sociedades capitalistas globalizadas e que se prendem com o exercício da cidadania, com as relações intergeracionais, como raio de ação e a sustentabilidade do Estado-Providência, os significados sociais da idade e as políticas públicas face à mesma e a configuração dos ciclos de vida, entre outros (Guillemard, 2003).

Devem ser consideradas outras dimensões da vida dos indivíduos, nomeadamente o voluntariado, as relações intergeracionais ou a participação em

associações ou outras organizações de cariz política ou social. O foco deverá recair em atividades que propiciem bem-estar aos mais velhos, independentemente da sua maior ou menor valorização social e/ou económica, colocando a tónica nos mais velhos enquanto capital social. Apesar do carácter “não produtivo” destas atividades mais associadas ao lazer, é importante considerar a sua relevância no quotidiano dos mais velhos, nomeadamente ao nível da manutenção de redes sociais, de um estado de saúde satisfatório, a condições cognitivas e ao bem-estar. Trata-se, portanto, de colocar a tónica nos interesses do sujeito e não apenas nos da sociedade que passam, nomeadamente, pela manutenção da dimensão produtiva dos indivíduos.

É atualmente inegável a importância que o envelhecimento ativo assumiu nos discursos políticos e nas estratégias de intervenção seguidas no domínio do envelhecimento, bem como ao nível académico e de discussão científica. Não obstante, Ribeiro (2012) considera serem ainda escassas as reflexões científicas aprofundadas sobre este conceito, sobretudo se numa lógica comparativa com outros termos de grande difusão nas áreas da saúde ou da psicologia/sociologia, como são exemplo os conceitos de envelhecimento “saudável” e “bem-sucedido”, respetivamente. O autor justifica este facto, nomeadamente pela curta existência do conceito de envelhecimento ativo, a par da intenção de alguns autores em se absterem da problematização do termo “ativo” por lhe reconhecerem a vinculação a uma imagem positiva do envelhecimento (como participação ou inclusão social). Contudo, algumas críticas têm sido feitas com base no carácter “nebuloso e inespecífico” do conceito do qual decorrem dificuldades de operacionalização pelos próprios agentes que o preconizam. A isto acresce a dificuldade na definição de critérios de envelhecimento ativo de potencial difícil alcance.

As críticas referidas remetem necessariamente para a importância de clarificar o que é estar ou permanecer “ativo” para que, assim, possa existir um entendimento comum do conceito, nomeadamente por aqueles que mais ativamente participam na definição e aplicação de estratégias de promoção do envelhecimento ativo. Estão em causa, nomeadamente, agentes políticos, profissionais dos cuidados de saúde e serviços sociais, investigadores ou, de forma mais lata, a sociedade.

Uma outra crítica decorre da falta de evidências empíricas quanto à abrangência do conceito. Na opinião de Fernández-Ballesteros et al. (2011), esse radica no *explanandum* e no *esplanands* do conceito, ou seja, na dificuldade de dissociação entre outros termos mais frequentemente utilizados, além da sua associação com outros de grande amplitude, tais como “satisfação de vida” e “qualidade de vida”. Daqui resultou

uma preocupação em discernir aqueles que são os constituintes e os determinantes do processo de envelhecimento, o que nos remete necessariamente para a diferenciação entre o potencial para a realização de atividades, tidas como decorrentes de um envelhecimento ativo e, depois, a sua efetiva concretização.

Perante o que Ribeiro (2012) designa de “emaranhado conceptual” surge a necessidade de encontrar mecanismos de clarificação do que é, então, qualidade de vida e, associado, de verificação da validade do modelo da OMS na determinação do mesmo. Para o autor, é essencial a identificação de uma “variável dependente” a partir da qual se possam estabelecer relações de causalidade, como acontece com outras designações, como envelhecimento “bem-sucedido” ou “mal-sucedido”. Não obstante, é reconhecido não ser objetivo do modelo da OMS estabelecer relações de causalidade mas sim identificar aspetos passíveis de influenciar o envelhecimento ao longo da vida, promovendo estratégias mais eficazes e uma visão mais positiva dos idosos. Assim, a existência de evidências científicas acerca dos determinantes do envelhecimento para um maior bem-estar, saúde e qualidade de vida dos idosos é importante aprofundar o conhecimento desses processos para que, assim, se superem obstáculos decorrentes das dificuldades na sua mensuração e da clarificação dos processos que comporta.

Importa ainda considerar um outro risco possivelmente decorrente das estratégias de envelhecimento ativo e que decorre do seu possível carácter coercivo, a partir do momento em que estas se constituem enquanto uma “obrigação” para os mais velhos, impelidos necessariamente a aproveitar as oportunidades do envelhecimento ativo (Lopes; Gonçalves, 2012). Para aqueles que não se enquadram nestas estratégias, seja por opção, por não se inserirem na estratégia delineada ou por desenvolverem atividades de menor valor social ou com pouca relevância económica, ao abrigo de uma leitura homogénea dos mais velhos, é grande o risco de marginalização. Exemplo disso são os mais velhos dentro dos idosos (75 ou mais anos) que por terem uma maior probabilidade de perda mais significativa em termos físicos e cognitivos, em consequência da sua idade, se podem encontrar longe dos requisitos de envelhecimento ativo. Este conceito não deve, contudo, ter um carácter demasiadamente restritivo e ambicioso que *“não reconheça potenciais de otimização adaptativa individuais (sobretudo em contextos e populações fragilizadas) pode gerar novas formas de idadeismo, no qual o medo de envelhecer é substituído pelo medo de envelhecer com incapacidade, improdutivo e à margem do idealizado, no qual idosos dependentes sofrerão marginalização”* (Angus; Reeve, 2006 cit. por Ribeiro, 2012). É importante,

portanto, uma lógica processual, em detrimento de uma focada em resultados. Em consequência, deverão prevalecer critérios de êxito objetivamente identificáveis mas que sejam variados e flexíveis e que incluam perspectivas (sociais, científicas, pessoais), critérios (objetivos e subjetivos) e normas (funcionais, estatísticas ou ideais).

A uniformidade de políticas de envelhecimento ativo remete-nos uma vez mais para os perigos de uma construção social do grupo dos idosos como possuindo características, objetivos e expectativas idênticas. De outra forma, as posições individuais e as necessidades de cada indivíduo têm que ser perspectivadas a partir dos próprios e não devem, portanto, ser exteriorizadas (Moody, 2006). Importa, então, atentar no alerta lançado por Lopes e Gonçalves acerca dos *“riscos opressivos do conceito ao determinar padrões e/ou perfis demasiado restritivos e a possível marginalização de indivíduos que não pertencendo a grupos culturalmente dominantes poderão ver reduzidas as possibilidades de integrar a representação coletiva desse modelo positivo de envelhecer”* (Lopes, Gonçalves 2012, p. 47).

Para Almeida (2007), a imposição de um modelo de envelhecimento ativo universal que imponha padrões exteriores aos indivíduos nega objetivamente aos próprios, comunidades e culturas o direito à reconhecida diversidade existente entre aqueles que partilham uma idade dentro de um mesmo grupo etário. Para tal, é essencial que qualquer estratégia de envelhecimento ativo atente no ciclo de vida dos indivíduos aos quais se dirige.

Neste capítulo demonstrámos que o envelhecimento é um fenómeno social total e, por isso, com múltiplas implicações na vida individual e social. Não obstante ser um processo biológico natural e irreversível, a procura constante de uma melhor qualidade de vida e bem-estar generalizado dos indivíduos, fruto dos avanços na prestação de cuidados de saúde, da prática de atividade física, de uma melhor alimentação e da adoção de novos estilos de vida, tem possibilitado um envelhecimento mais saudável e com impactos mais atenuados, tanto do ponto de vista físico como psicológico. Há, então, um menor declínio das capacidades físicas e cognitivas dos indivíduos à medida que estes vão envelhecendo.

As abordagens sobre o envelhecimento, nomeadamente as desenvolvidas no âmbito da Sociologia, refletem a evolução na forma de perspetivar os seus impactos individuais e sociais. Da visão dos mais velhos como um fardo e um problema social,

tributário de paradigmas que olhavam para os mais velhos como inúteis, passamos hoje a perspectivas que valorizam o conjunto de experiências em múltiplas esferas da vida dos indivíduos para a forma como mais tarde estes vão experienciar o envelhecimento. Este passou então a ser entendido como resultado de todo o curso de vida e não apenas como uma derradeira fase da vida que se seguia naturalmente à adultez. Estas novas perspectivas atentas a todo o percurso de vida dos indivíduos chamam, então, a atenção para a importância de considerar a subjetividade na vivência do envelhecimento.

Não só do ponto de vista científico se desenvolveram novas perspectivas sobre o envelhecimento. Houve também uma alteração das representações da sociedade sobre o processo de envelhecimento e, conseqüentemente, da posição dos mais velhos na estrutura social. Resultado desta nova concepção sobre o envelhecimento são as próprias políticas de promoção do envelhecimento ativo enquanto estratégia de resposta ao carácter estrutural do envelhecimento demográfico e às suas conseqüências para as sociedades. Este paradigma tem natureza política e é suportado na promoção da saúde, bem-estar e participação social dos mais velhos. Atualmente enforma as orientações políticas direcionadas para o envelhecimento promovidas pela UE-27.

CAPÍTULO III

Dinâmicas Demográficas na União Europeia e em Portugal

Nas últimas décadas do século XX os países desenvolvidos foram marcados por novas dinâmicas demográficas resultantes de uma diminuição gradual da fecundidade e da mortalidade. Em consequência, também o ritmo de crescimento da população abrandou. As pirâmides demográficas desses países começaram a assumir uma nova configuração marcada por um estreitamento da base, resultante de uma diminuição do número de nascimentos e, portanto, dos indivíduos nos escações etários mais jovens, e por um alargamento do topo consequente de um aumento absoluto e relativo da população mais velha. Este processo de envelhecimento demográfico assume-se atualmente como tendo um carácter estrutural que marca inequivocamente a evolução esperada da população mundial.

Neste Capítulo começamos por explorar o conceito de envelhecimento demográfico focando, particularmente, as abordagens da Demografia ao mesmo. Discutimos também o envelhecimento demográfico no contexto europeu e português, em específico, e concluímos dando conta das previsões de evolução demográfica para o horizonte de 2060.

3.1. CONCEITO DE ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

Ao longo do tempo, a Demografia tem ocupado um papel central na recolha e sistematização de informação acerca dos movimentos da população, sejam estes naturais ou decorrentes de movimentos migratórios, bem como na definição de grandes tendências demográficas, nomeadamente do envelhecimento demográfico. Esta informação tem constituído uma importante ferramenta de trabalho para a análise realizada posteriormente pelas ciências sociais, nomeadamente pela Sociologia. Inicialmente, a Demografia produzia essencialmente dados quantitativos. Na atualidade está direcionada para uma produção de carácter mais qualitativo, assumindo “*novas abordagens epistemológicas e teóricas, assim como reflete os contributos da interdisciplinaridade como princípio epistemológico fundamental*” (Dias; Rodrigues, 2012, p. 180). Neste sentido, a análise que faremos acerca do conceito de

envelhecimento demográfico será alicerçada, num primeiro momento, numa retrospectiva dos principais contributos teóricos da Demografia.

Na década de 1930, Thompson (1929) observou profundas modificações no perfil demográfico dos países desenvolvidos, especialmente nos europeus. Em concreto, identificou tendências de oscilação da natalidade e da mortalidade ao longo do tempo que promoveram um aumento populacional significativo no início do século XX, o qual foi designado por “revolução demográfica” e que se veio a constituir enquanto grelha de leitura das transformações demográficas. Este modelo foi desenvolvido por Landry (A., 1934) que tentou caracterizar mais detalhadamente as variações observadas nos indicadores demográficos. Não obstante a relevância dos contributos decorrentes deste modelo para a análise das mudanças observadas ao nível demográfico, a sua limitação explicativa atribuiu a este modelo um carácter essencialmente descritivo da evolução da fecundidade e mortalidade. Por conseguinte, este modelo de “revolução demográfica” não pode ser entendido enquanto modelo demográfico com robustez suficiente para suportar uma análise ampla e completa das tendências populacionais notadas neste período (Nazareth, 2009).

O rápido e crescente aumento da população mundial que se continuou a observar até à década de 1960 deu um novo fôlego à análise demográfica. Neste período, a modernização das sociedades adquiriu um papel particularmente importante na explicação das alterações no perfil demográfico dos países. Considerava-se que as melhorias generalizadas no bem-estar e na saúde dos indivíduos, que decorriam precisamente dos efeitos da modernização, constituíram o mote para uma alteração nos padrões demográficos (Fernandes, 2008). Neste período, a Demografia encetava esforços essencialmente para descortinar as causas subjacentes à redução da taxa de mortalidade, procurando associá-la às melhorias nas condições de saúde decorrentes do desenvolvimento das sociedades. É a partir deste momento que podemos situar o início de uma análise demográfica extensiva das causas e consequências das variações nos indicadores demográficos, ainda que direccionada para a mortalidade. Em consequência, o modelo de revolução demográfica começou a perder o seu carácter de descritor de grandes tendências demográficas e começou a assumir um carácter mais analítico e, assim, passível de explicar o comportamento demográfico (Weeks, 2007).

Na década de 1970, o trabalho de Ansley Coale deu um novo impulso à análise demográfica, na medida em que se centrou na variação da taxa de fecundidade enquanto variável também determinante das dinâmicas demográficas. O autor procurou explicar

os motivos subjacentes à diminuição da fecundidade que se observava já em alguns países mais desenvolvidos. Além disso, Coale atribuiu particular importância ao papel de fatores de ordem social, cultural ou religiosa para a alteração dos indicadores demográficos e, em concreto, no comportamento natalista.

A designação de transição demográfica surgiu com Frank Notestein para designar “*a passagem de um estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade têm níveis elevados, para um outro estado de equilíbrio, em que a mortalidade e a fecundidade apresentam baixos níveis, na sequência ou paralelamente a um processo de modernização*” (Nazareth, 2009, p. 40). Atualmente, a transição demográfica é um dos modelos teóricos mais importantes da Demografia. Constitui uma importante grelha de leitura das alterações no perfil demográfico das populações, tendo não só uma vocação europeia, para a qual estava vocacionada inicialmente por ter sido nos países europeus que primeiramente se começaram a observar alterações no perfil demográfico mas, na atualidade, também à escala planetária por se estender a todos os países desenvolvidos.

A teoria da transição demográfica considera a existência de quatro fases de evolução demográfica caracterizadas por diferentes estádios dos indicadores populacionais (Nazareth, 2009). A primeira fase, de *quase-equilíbrio* ou *quase-transição* é marcada por níveis elevados de fecundidade e mortalidade. O elevado número de filhos é explicado à luz de más condições higiénico-sanitárias que, por sua vez, estão na origem de uma elevada mortalidade. O ritmo de aumento dos nascimentos é acompanhado em paralelo pelo aumento do número de mortes. Do consequente baixo número de jovens e de idosos resulta uma pirâmide etária estreita tanto na base como no topo. Nesta fase, o crescimento natural da população é muito baixo. Esta fase foi primeiramente observada nos países mais desenvolvidos da Europa no século XVIII.

A segunda fase de transição é caracterizada por uma diminuição da mortalidade enquanto consequência direta de melhores condições de higiene e por uma melhoria dos cuidados de saúde prestados à população. Por sua vez, a fecundidade mantém-se elevada. Deste desequilíbrio entre um menor número de mortes e a manutenção de um elevado número de nascimentos resulta um crescimento positivo da população. É este aumento populacional que origina um alargamento da base da pirâmide etária que traduz um maior peso dos grupos etários jovens. Esta fase foi observada no início do século XX na generalidade dos países em desenvolvimento.

Na terceira fase há uma diminuição da fecundidade em muito consequente da proliferação de novas representações sobre o papel da mulher na sociedade e a sua entrada no mercado de trabalho e por um mais fácil acesso a meios contraceptivos. Nesta fase continua-se a observar um declínio da mortalidade ainda que a um ritmo mais lento do registado na segunda fase. Da conjugação de um abrandamento da evolução destes dois indicadores demográficos resulta um abrandamento do crescimento natural da população. Na terceira fase começa a desenhar-se uma nova configuração da pirâmide etária no sentido do seu estreitamento, tanto na base como no topo, em resultado de um progressivo menor número de jovens e idosos.

A quarta e última fase de transição demográfica retoma a designação da primeira, de *quase-equilíbrio*, uma vez que também esta é caracterizada por uma variação em ritmo similar entre a natalidade e a mortalidade. Todavia, contrariamente à primeira fase em que se observa um elevado número de nascimentos e de mortes, nesta quarta fase registam-se níveis baixos de fecundidade e de mortalidade, situação esta que já se havia começado a desenhar nas duas fases de transição anteriores. Em consequência, o crescimento natural da população tende para zero e há um reforço da tendência de estreitamento da base e do topo da pirâmide etária.

Atendendo ao perfil demográfico de cada país é possível inseri-lo numa das quatro fases da transição demográfica e, assim, proceder a comparações sobre a sua situação demográfica. A generalidade dos países em vias de desenvolvimento encontra-se entre a segunda e a terceira fases, situação tributária de um contínuo decréscimo da mortalidade, acompanhado de uma mais lenta diminuição da fecundidade. Pelo contrário, a estabilização destes dois indicadores em níveis baixos coloca todos os países desenvolvidos na última fase de transição. Por nestes se observarem níveis tão baixos de fecundidade que não asseguraram a renovação de gerações¹⁷, a par de um maior número de óbitos face ao de nascimentos, tornou-se necessário o uso de uma quinta fase de evolução designada de *pós-transição*.

Portugal é precisamente um dos países cujo perfil demográfico se enquadra nesta quinta e nova fase, condição comprovada pelos valores do seu índice de fecundidade que revelam que desde a década de 1980 (INE, 2012b) o país já não assegura a renovação de gerações.

¹⁷ A renovação de gerações apenas é possível quando cada mulher em idade fecunda tem, em média, 2,1 filhos.

As alterações nas dinâmicas demográficas acima descritas são produto de profundas transformações na relação do homem com o seu meio e de um maior controlo deste sobre o seu futuro (Nazareth, 2009a; Paúl, 2005a). Os homens conseguiram não só prolongar a sua vida, adiando a hora da sua morte, como decidir o número de filhos que queriam ter. Ao nível dos comportamentos natalistas, importa considerar a relevância das transformações sociais e culturais que estão na sua base. De outra forma, foram “*as questões sociais, culturais e económicas a explicar a mudança de comportamentos natalistas e, por consequência, o processo de «envelhecimento na base da pirâmide», ou seja, o início de um processo estrutural de desequilíbrio entre uma base etária tendencialmente em rarefação e um topo da pirâmide em crescimento e em alargamento*” (Dias; Rodrigues, 2012, p. 180).

Vários são os exemplos dessas transformações com impacto tanto na fecundidade como na mortalidade (Fernandes, 2008; Nazareth, 2009a; Rosa, 2012; Rosa; Chitas, 2010): ao nível da diminuição da fecundidade pode apontar-se a emancipação social da mulher, com o fortalecimento da sua posição no mercado de trabalho, uma mais difícil gestão do tempo de trabalho, lazer e família, o alcance de mais direitos, o reforço da igualdade entre géneros, bem como de um maior poder desta (e do casal, em sentido lato) sobre a sua descendência através do recurso a meios contraceptivos inseridos, nomeadamente, na emergência do SNS e do planeamento familiar. Em conjunto, estes motivos condicionaram profundamente a dinâmica natalista dominante durante décadas nos países desenvolvidos. Podemos falar, portanto, não só num menor número de nascimentos por mulher em idade fecunda mas, também, num adiamento do projeto de maternidade, este último não só com efeitos ao nível da diminuição do tempo fértil da mulher mas, também, de uma mais difícil possibilidade de engravidar considerando o aumento da sua idade. É importante considerar, ainda, o impacto do prolongamento do percurso escolar no adiamento do projeto de maternidade, bem como a incrível diminuição da mortalidade infantil, especialmente em Portugal, o país da EU-27 onde este aumento foi mais significativo o que revela as importantes conquistas que o país alcançou ao nível da prestação de cuidados de saúde.

Podemos concluir que, apesar do desenvolvimento de políticas de incentivo à natalidade, esse esforço não tem sido suficiente para evitar a prevalência de motivos de cariz individual, social e económico que estão na base de uma menor fecundidade.

Quanto aos motivos do aumento do número de idosos, e do consequente alargamento no topo da pirâmide, destacam-se essencialmente todos os avanços feitos

ao nível da medicina, propiciadores de mais e melhores cuidados de saúde, bem como a existência de melhores condições higiénico-sanitárias. De forma lata, refletem os esforços que os homens têm encetado para adiar a hora da sua morte, vivendo mais anos e com um maior bem-estar.

Na atualidade refuta-se a ideia de que as causas do envelhecimento populacional decorrem do aumento da esperança de vida e da diminuição da mortalidade. Os indicadores demográficos comprovam, pelo contrário, que uma diminuição do número de mortes tem sobretudo impacto entre os grupos etários mais jovens na medida em que, proporcionalmente, há um aumento da população em idade fértil com o consequente aumento de uma maior possibilidade de um mais elevado número de nascimentos. Esta diminuição conduz a uma menor proporção dos mais jovens e, inevitavelmente, a um aumento relativo do número dos mais velhos. Este cenário corresponde à fase de pós-transição demográfica que vários países atravessam neste momento, marcada por uma estabilização da mortalidade em níveis baixos e por uma progressiva diminuição da natalidade/fecundidade, a qual está na origem da não renovação de gerações, bem como de um menor número de nascimentos. É, portanto, transversal a consideração de que a diminuição da fecundidade é a principal causa do atual envelhecimento demográfico nos países desenvolvidos (Fernandes, 2008; Nazareth, 2009).

A explicação das causas do envelhecimento demográfico não se esgota, contudo, nos fatores naturais, ou de outra forma, num menor número de nascimentos. De facto, importa também considerar o impacto das migrações, da distribuição de nascimentos por sexo, e nas possibilidades de fecundidade daí decorrentes, bem como do aumento absoluto do número de idosos e da sua maior longevidade (Nazareth, 2009).

As migrações têm um duplo impacto no fenómeno do envelhecimento. Por um lado, a entrada de ativos em países de imigração traduz-se numa diminuição proporcional simultânea dos grupos etários mais jovens e dos mais velhos, acompanhada pelo aumento dos patamares etários intermédios. Por outro, em países de emigração a saída de ativos implica uma acentuação do número de indivíduos mais velhos que adquire, portanto, um maior peso face aos restantes grupos etários. No caso das migrações internas a sua relevância reside no seu potencial de rejuvenescimento ou de envelhecimento, conforme se trate de uma região de saída ou entrada de população.

Em Portugal, foi precisamente a emigração o primeiro indicador a explicar o processo de envelhecimento demográfico. Entre meados da década de 1960 e da década de 1970 ou seja, durante o regime ditatorial do Estado Novo, muitos jovens

abandonaram o país, tanto por fuga ao serviço militar na guerra do Ultramar como na procura de melhores condições de vida. Este elevado volume de emigração implicou a diminuição do volume de jovens portugueses e o consequente e simultâneo estreitamento da base da pirâmide etária e o alargamento do seu topo enquanto consequência de uma maior proporção de idosos. Além disso, a saída de mulheres em idade fértil comprometeu o potencial de fertilidade nas décadas seguintes.

Uma outra causa que concorre para o envelhecimento demográfico prende-se com a variável sexo ou, mais concretamente, com o maior volume de nascimentos de crianças do sexo masculino. Este fenómeno, associado à maior esperança média de vida das mulheres, traduz-se num desequilíbrio entre sexos no topo de pirâmide, podendo o número de mulheres ser da ordem do dobro ou triplo dos homens. A agudização ou atenuação deste fenómeno pode estar associada aos movimentos migratórios.

Por fim, importa referir a importância do aumento da proporção de indivíduos mais velhos, particularmente notório em países onde a esperança média de vida é mais elevada e a mortalidade é baixa. Esta situação é reflexo de uma melhoria das condições de vida e dos cuidados de saúde que permitiram aos indivíduos viver gradualmente mais anos, em melhores condições de saúde e bem-estar.

Considerando as causas do envelhecimento demográfico apresentadas, este fenómeno deveria revelar-se como algo positivo na medida em que reflete um conjunto de avanços das sociedades no sentido da sua modernização e que, por sua vez, se traduziram numa diminuição da mortalidade e de uma maior esperança de vida. Acarretaram, também, uma diminuição da fecundidade. Contudo, se a modernização das sociedades acarretou um conjunto alargado e variado de conquistas que permitiram uma melhor qualidade de vida dos indivíduos, a verdade é que também são notórias as dificuldades das sociedades em se adaptarem ao processo de envelhecimento daí resultante, nomeadamente ao nível dos desafios que encerra (Rosa; Chitas, 2010).

Apresentadas as causas do envelhecimento demográfico, podemos definir uma população envelhecida como aquela que apresenta um reduzido número de jovens, fruto de uma diminuição progressiva dos nascimentos por mulher em idade fecunda, a par de uma elevada proporção de idosos, os quais se espera vivam progressivamente mais anos (Fernandes, 2008; Nazareth, 2009). O envelhecimento de uma população é então resultado “*de um aumento dos grupos etários com mais idade e de uma diminuição dos grupos etários mais jovens [não resultando, portanto] apenas de um aumento da população idosa*” (Nazareth, 2009a, p. 26). Numa população envelhecida há aquilo a

que podemos chamar de *desequilíbrio na relação de forças* entre os grupos etários da base e do topo da pirâmide (Rosa; Chitas, 2010), na medida em que o peso dos mais velhos é progressivamente maior face ao dos mais jovens.

Da conjugação de níveis baixos de fecundidade com os da mortalidade nos países desenvolvidos resulta uma inversão da pirâmide demográfica, a qual se tem tornado tendencialmente mais estreita na base e mais larga no topo. Este envelhecimento tem uma dupla dimensão: ocorre tanto na base da pirâmide, pelo então menor número de jovens em consequência de menos nascimentos, bem como no seu topo, resultado do aumento do volume de indivíduos mais velhos. Podemos falar, portanto, num duplo envelhecimento verificado nos dois extremos da pirâmide etária.

O envelhecimento pode ter uma natureza individual ou coletiva (Rosa, 2012). O envelhecimento demográfico insere-se precisamente na dimensão de cariz coletivo, a par do envelhecimento societal. O envelhecimento demográfico implica a definição de uma idade para além da qual os indivíduos são inequivocamente considerados como velhos. O envelhecimento societal diz respeito à forma como a sociedade vivencia o envelhecimento dos seus membros, ou seja, como reage às causas e consequências do envelhecimento demográfico e à forma como define o papel social dos seus idosos. Há, portanto, uma forte relação entre envelhecimento demográfico e societal. Se o envelhecimento biológico de cada indivíduo é inevitável, apesar dos esforços do Homem em prolongar a sua vida, já o envelhecimento populacional, consequente do demográfico, pode ser controlado, sobretudo ao nível da promoção da fecundidade, essencial para o rejuvenescimento populacional (Rosa; Chitas, 2010)

O conjunto de transformações nos padrões de fecundidade e mortalidade apresentados não têm impacto apenas na estrutura demográfica dos países. Na verdade, o processo de transição demográfica constituiu-se enquanto um fenómeno social total (Weeks, 2007) que assenta não só nas alterações nos principais indicadores demográficos, como tem subjacente um conjunto de alterações mais profundas ao nível das estruturas familiares, económicas e sociais. São vários os desafios que o envelhecimento demográfico coloca às sociedades e aos Estados, nomeadamente ao nível da sustentabilidade dos sistemas de Segurança Social, atendendo ao peso financeiro do pagamento de pensões, bem como dos cuidados de saúde aos indivíduos mais velhos, tendencialmente mais frágeis no seu estado físico e psicológico (Nazareth, 2009a; Rosa, 2012). É ainda importante considerar os desafios ao mercado de trabalho, nomeadamente pelo adiamento da idade da reforma, em consequência da necessidade

do prolongamento temporal da atividade profissional, além da necessidade de definição de políticas de gestão de recursos humanos direcionadas para um segmento envelhecido de trabalhadores com necessidade ou interesse em continuar a trabalhar (Fernandes, 2008). Uma outra área de desafio decorrente do envelhecimento demográfico prende-se com a alteração dos padrões familiares, nomeadamente ao nível das relações entre elementos familiares e do cuidado aos mais velhos dentro do seu núcleo familiar (Paúl, 2005b). Estes e outros fatores que afetam as sociedades atuais vêm questionar as possibilidades e desenhar os limites de como a questão do envelhecimento deve ser hoje tratada pelas sociedades atuais (Fernandes, 2007b). O carácter estrutural do processo de envelhecimento demográfico na Europa veio colocar este tema na ribalta da discussão teórica e política, sendo várias as recomendações, relatórios e iniciativas promovidas pela UE-27 e pelos Estados-Membros no sentido de responder aos desafios decorrentes do envelhecimento demográfico e definir estratégias de atuação. Estas serão apresentadas e discutidas no Capítulo IV.

O envelhecimento demográfico tem inerente a definição de uma idade além da qual, e independentemente de qualquer subjetividade ou atributo pessoal, os indivíduos são considerados idosos enquanto resultado de uma classificação em função da sua idade (Rosa, 2012). Esta categorização é feita por via da definição de escalões etários cuja delimitação tem variado ao longo do tempo e das perspetivas teóricas seguidas.

Uma das primeiras categorizações definia como jovens aqueles com idade entre os 0 e os 19 anos e como velhos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Contudo, o aumento da idade da reforma conduziu a que, no final do século XX (a partir sensivelmente de 1970), fosse adotada uma nova classificação dos grandes grupos etários¹⁸, correspondendo o dos jovens ao intervalo entre os 0 e os 14 anos e dos mais velhos aos 65 e mais anos. Na atualidade, organismos de estatística nacionais ou supranacionais, como o INE ou o Eurostat, respetivamente, utilizam ainda esta última classificação dos grupos etários.

Apesar da comum utilização destes grandes grupos etários, o aumento da esperança média de vida tem conduzido à emergência de novas classificações dentro do grupo etário dos mais velhos, ou seja, com idade igual ou superior a 65 anos. Podemos falar, então, nas “idades da velhice” (Fonseca, 2011) e na categorização dos mais velhos em jovens idosos, idosos e muito idosos. Fruto da crescente prevalência da idade

¹⁸ Este aspeto veio consolidar a associação tradicional entre a reforma e a entrada na velhice. Este ponto será discutido no Capítulo IV.

funcional face à cronológica, que enforma as atuais perspetivas teóricas sobre o envelhecimento (Guillemard, 2010), está a distinção entre as designadas terceira e quarta idades. Mais do que um carácter quantitativo, as idades da velhice assumem um carácter qualitativo. Para Baltes e Smith (2003) os aspetos mais positivos da terceira idade radicam na expectativa de uma vida mais prolongada e com melhores condições físicas e psicológicas, em maiores reservas cognitivas e emocionais, numa mais eficaz gestão dos ganhos *versus* as perdas associadas ao envelhecimento e, assim, de um maior bem-estar. A passagem para a quarta idade implica a ocorrência de um maior número de perdas, nomeadamente da degradação do estado físico e cognitivo dos indivíduos, de uma menor capacidade de aprendizagem, uma maior prevalência de patologias, nomeadamente ao nível da demência, índices mais elevados de dependência face a terceiros, bem como uma maior fragilidade e morbilidade.

A categorização por idades revela-se fundamental na forma como percebemos as pessoas, na medida em que *“a idade funciona como um marcador social importante, determinando os papéis sociais, o estatuto, o poder e as responsabilidades que atribuímos aos diferentes grupos etários”* (Marques et al., 2012, p. 58).

Pensar sobre o processo de envelhecimento demográfico implica pensar também sobre a condição de velho, isto é, sobre as construções e representações sociais sobre a velhice. Comummente, os indivíduos tendem a associar este termo à geração anterior à sua ou, então, para categorizar um subgrupo específico da população, nomeadamente estudantes, trabalhadores ou pensionistas mais velhos. Por via de um questionário do Eurobarómetro (2012) conduzido entre Setembro e Outubro de 2011, perguntou-se aos inquiridos, com 15 ou mais anos de idade dos 27 países da UE-27, com que idade consideravam que as pessoas são velhas. A média das respostas dadas foi de 63,9 anos, sendo que apenas um em cada seis inquiridos se descreveu como velho. Do ponto de vista da definição estatística de velho, o Eurostat assume que *“não há uma definição estatística reconhecida de «velho» ou «mais velho»*” (Eurostat, 2012a, p. 12). Em consequência, a análise estatística feita por organismos como este não se reporta ao processo de envelhecimento populacional *per se*, mas sim numa análise do volume e estrutura dos grupos etários, evidenciando diferenças entre estes.

Uma outra dificuldade sentida na definição de limites à velhice decorre das assimetrias populacionais entre países, nomeadamente entre os membros da UE-27. Estas têm natureza administrativa, nomeadamente pela variedade de idades de passagem à reforma nos países membros, em diferenças demográficas decorrentes dos diferentes

padrões de esperança de vida observados e em variações subjetivas que decorrem, nomeadamente, de diferentes opiniões quanto à qualidade de vida experienciada pelas pessoas mais velhas.

Apesar da compreensível necessidade de definir grupos etários, para utilização com fins estatísticos nomeadamente, é importante ter presente a necessidade de evitar análises generalistas dos idosos com base na definição de limites etários que os classificam como velhos. À semelhança do que já foi discutido no Capítulo 2, reafirmamos aqui que *“os idosos não constituem um grupo homogéneo, nem do ponto de vista das práticas sociais e das representações simbólicas, nem do ponto de vista das expectativas face à vida e ao futuro”* (Dias; Rodrigues, 2012, p. 186). Deste modo, necessidade de serem definidos limites etários para categorizar os indivíduos para efeitos específicos não pode ser confundida com a desvalorização da sua individualidade e da vivência subjetiva do envelhecimento

Constança Paúl (2005a) apresenta uma visão positiva sobre as atuais representação e atitudes face ao envelhecimento. Para a autora, a sua evolução ao longo do tempo reflete não só um maior conhecimento sobre a componente biológica do envelhecimento, bem como das relações sociais e da cultura dos diversos momentos históricos. Apesar de não perspetivar os idosos enquanto grupo de risco, Paúl não nega a sua maior vulnerabilidade. Acrescenta, contudo, que a mesma pode ser compensada por via de um reequilíbrio entre o idoso e o seu meio ambiente, conseguido através de estratégias de adaptação. Como discutiremos no Capítulo 4, o recurso a mecanismos de adaptação, sobretudo os alicerçados na experiência profissional acumulada, revelam-se essenciais para a permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho.

Atualmente é importante ultrapassar a tradicional associação entre velhice, doença e fragilidade e considerar que *“os membros mais velhos da sociedade que continuam a ser ativos têm o potencial de dar uma contribuição importante à sociedade, por exemplo, através da extensão da sua permanência no mercado de trabalho ou da sua participação na vida familiar ou comunitária”* (Eurostat, 2012a, p. 28). As políticas desenvolvidas nesta área devem focar-se no encorajamento das pessoas mais velhas a continuarem saudáveis e autónomas, tanto quanto possível. O indicador de esperança de vida sem incapacidade mostra que *“em 2008, as mulheres com 65 anos na UE-27 poderiam esperar viver, em média, mais 8,4 anos livres de qualquer incapacidade, equivalente a 40,5% do seu tempo de vida restante”* (Eurostat, 2012a, p. 28). Existe pouca diferença no caso dos homens com 65 anos uma vez que, na mesma

data, poderiam esperar viver sem qualquer incapacidade apenas menos 0,2 anos, embora seja equivalente a quase metade do seu tempo de vida restante (47,8%).

Os Estados-membros da UE-27 onde uma proporção elevada de pessoas idosas vive sem qualquer forma de incapacidade são, provavelmente, caracterizados pelas suas populações idosas mas ativas, saudáveis e participativas e que menos recorrem a instalações e cuidados médicos. A Suécia destaca-se dos restantes Estados-membros a este respeito *“uma vez que os homens suecos com 65 anos poderiam esperar viver mais 13,6 anos livres de qualquer forma de incapacidade em 2009, enquanto as mulheres suecas poderiam esperar viver mais 14,6 anos sem qualquer forma de incapacidade”* (Eurostat, 2012a, p. 29). Isto representa 74,8% do tempo de vida restante dos homens suecos e 69,1% do tempo restante das suecas. Apesar de os valores mais elevados terem sido registados na Suécia, também os países Nórdicos se posicionam à frente dos restantes Estado-membros relativamente a este indicador. O Eurostat adianta que, em Portugal, em 2009 os homens com 65 anos poderiam esperar viver mais 6,6 anos sem qualquer incapacidade – 38,4% do seu tempo restante – e as mulheres poderiam esperar viver mais 5,4 anos sem qualquer incapacidade – 26,6% do seu tempo restante –, para uma esperança de vida de mais 17,1 anos aos 65 anos.

A curto prazo, a migração pode desempenhar um papel importante no alívio do desequilíbrio demográfico, colmatando, por exemplo, insuficiências específicas do mercado de trabalho. Contudo, *“é largamente aceite que o perfil demográfico envelhecido da EU-27 não pode ser desfeito através da introdução de imigrantes em ordem a retificar o desequilíbrio futuro esperado entre as pessoas em idade ativa e as pessoas idosas”* (Eurostat, 2012a, p. 30). Para além disso, os imigrantes também se irão tornar um dia idosos e potencialmente dependentes. A inversão do envelhecimento demográfico dependerá, sobretudo, de um aumento da fecundidade, na medida em que apenas um maior número de nascimento poderá mitigar os efeitos do atual processo de envelhecimento demográfico. Os impactos do envelhecimento podem, contudo, *“variar dependendo não só de fatores genéticos, mas, também, de um conjunto de outras características, como a profissão, o rendimento, o estilo de vida ou a qualidade de vida”* (Eurostat, 2012a, p. 15).

A relevância do envelhecimento demográfico suscitou um crescente interesse não só a nível político e económico mas também da ciência, nomeadamente em áreas como a demografia, sociologia, psicologia ou medicina. Estas têm procurado caracterizar este processo, tanto do ponto de vista biológico como psicológico e social,

analisar as suas causas, prever o impacto das suas consequências e identificar diferenças radicadas em indicadores como o país, sexo ou classe social.

Da procura de um maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento demográfico decorre, também, a previsão de cenários demográficos. A este respeito, o INE e o Eurostat têm elaborado e atualizado cenários possíveis que têm como limite temporal o ano de 2060. A projeção demográfica é fulcral para a definição de estratégias de combate ou atenuação do envelhecimento demográfico, atendendo às suas múltiplas implicações, nomeadamente sociais e económicas, e os consequentes desafios que este fenómeno coloca aos Estados e às sociedades, em sentido lato.

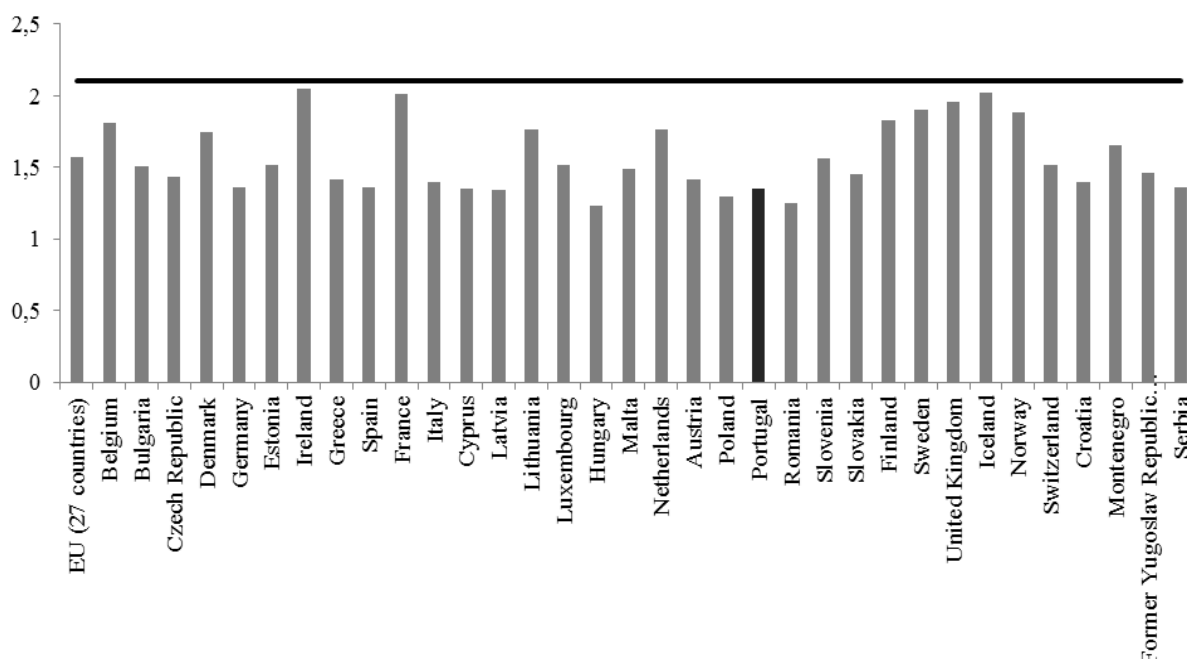
Depois de termos explorado o conceito de envelhecimento demográfico, aflorando as suas causas e principais abordagens teóricas, é momento de detalharmos as especificidades deste processo na UE-27 e, em concreto, em Portugal. Faremos uso dos resultados dos principais indicadores demográficos mais recentes disponibilizados pelo INE e pelo Eurostat. Esta reflexão será apresentada no ponto seguinte.

3.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO NO CONTEXTO EUROPEU E PORTUGUÊS

A Europa foi a primeira região do mundo a passar por todas as fases da transição demográfica. Particularmente a partir da década de 1970, os países europeus passaram de um estado de equilíbrio entre níveis elevados de fecundidade e mortalidade para um outro, caracterizado por níveis baixos nestes dois indicadores (Fernandes, 2008). Como é característico da quarta fase da transição demográfica, um baixo número de nascimentos combinado com um reduzido número de mortes resultou num processo de estreitamento da base da pirâmide etária e de alargamento do seu topo em consequência da maior proporção de idosos. A Europa iniciou um processo de envelhecimento demográfico esperando-se o seu reforço nas décadas seguintes (Eurostat, 2012a, p. 7). Portugal não ficou indiferente a este processo tendo também sido palco de profundas alterações demográficas, nomeadamente ao nível da emigração, das quais resultaram um progressivo e duradouro envelhecimento demográfico.

Atualmente, o continente europeu mantém-se como a região mais envelhecida do globo, registando percentagens baixas de natalidade/fecundidade e mortalidade, a par de um elevado índice de longevidade. Relativamente à baixa fecundidade, o principal determinante do envelhecimento ou rejuvenescimento de uma população, os valores apresentados no gráfico abaixo ilustram como a grande maioria dos países membros se encontram significativamente abaixo do valor de 2,1 necessário para a renovação de gerações e para a atenuação do fenómeno de envelhecimento demográfico.

Gráfico 1. Índice sintético de fecundidade nos países da União Europeia 27 em 2011



Fonte: Eurostat, 2013.

Em consequência dos baixos valores de fecundidade na UE-27 é crescente o peso dos grupos etários séniores, sobretudo de idade igual ou superior a 80 anos, os quais adquirem crescente importância comparativamente aos mais jovens (até 14 anos). Acresce ainda o ritmo lento de crescimento populacional no espaço europeu, o qual não foi atenuado com a entrada de novos países membros. A generalidade dos países membros apresenta um crescimento natural negativo ou perto de zero e um acentuado crescimento migratório. Nos países do oeste europeu, nos quais se inclui Portugal, é menor o crescimento total e natural.

O facto do envelhecimento populacional ter um carácter progressivo ao longo das últimas décadas evidencia que este não é um fenómeno conjuntural mas sim uma

característica estrutural e duradoura do perfil populacional da generalidade dos países europeus, incluindo Portugal. Neste país, à semelhança do observado na generalidade dos países desenvolvidos “*após algum ímpeto de celebração inicial pelo significado civilizacional dos acréscimos de longevidade, deu lugar a um conjunto de preocupações que, rapidamente, catapultaram as dinâmicas de recomposição demográfica na base desse envelhecimento para o estatuto de problema social*” (Lopes; Lemos, 2012, p. 20)

No quadro abaixo apresentamos uma compilação de alguns indicadores demográficos com vista a ilustrarmos o processo de envelhecimento demográfico na UE-27¹⁹. Os resultados atestam que os valores do índice de fecundidade não asseguram a renovação de gerações, a qual só seria possível se cada mulher em idade fértil tivesse, pelo menos, 2,1 filhos. Os dados atestam ainda a estabilização dos níveis de mortalidade em torno das dez mortes por cada mil habitantes. No sentido contrário, a esperança de vida à nascença tem aumentado de forma gradual e significativa situando-se, em 2009, em torno dos 77 anos para os homens e nos 83 para as mulheres.

Quadro 8. Indicadores de natalidade e mortalidade na UE-27

Anos	Índice sintético de fecundidade	Taxa bruta de mortalidade (‰)	Esperança de vida à nascença (anos)		
			Homens	Mulheres	Total
2002	1,46	9,9	74,5	80,9	77,7
2003	1,47	10,0	74,6	80,8	77,8
2004	1,50	10,1	75,2	81,5	78,4
2005	1,51	9,6	75,4	81,6	78,5
2006	1,54	9,8	75,8	82,0	79,0
2007	1,56	9,6	76,1	82,2	79,2
2008	1,60	9,7	76,4	82,4	79,4
2009	1,59	9,7	76,7	82,6	79,7

Fonte: Eurostat/Pordata, 2010.

Os resultados dos indicadores apresentados no quadro anterior são reflexo de profundas mudanças na estrutura populacional da UE-27 observadas nas últimas décadas do século XX. Considerando a totalidade dos países membros, no final de 2011

¹⁹ A opção pelo horizonte temporal entre 2002 e 2009 foi ditado pela própria disponibilidade de dados do Eurostat.

existiam mais de 88 milhões de pessoas com 65 e mais anos, o que equivale a cerca de 17,5% da população total. Já o grupo etário dos mais novos, com idade igual ou inferior a 14 anos, representava 15,6% (Eurostat, 2012b). Dados empíricos confirmam portanto que a diminuição do peso dos mais jovens tem sido acompanhada por um aumento do peso dos mais velhos, tendência observável ao longo do tempo. Estima-se que “*o número de pessoas idosas vá aumentar de forma acentuada [...] Quase que duplicará, aumentando de 85 milhões em 2008 para 151 milhões em 2060 na União Europeia. O número dos muito idosos (com 80 anos e mais) aparece prospetivado como aumentando ainda mais rapidamente, quase triplicando de 22 milhões em 2008 para 61 milhões em 2060*” (DGEFIN, 2009, p. 181).

Apesar dos dados revelarem um processo de convergência demográfica global da UE-27, é importante considerar a existência de diferenças entre os países membros que decorrem da sua própria estrutura populacional, bem como de determinantes sociais, políticos e económicos (Nazareth, 2009a). Além disso, importa atentar também nos diferentes ritmos de mudança do perfil populacional de cada país, não obstante a diminuição da fecundidade ser causa comum do processo de envelhecimento.

A respeito da fecundidade é importante considerar as políticas de incentivo à natalidade e à família definidas pelos vários países, as quais têm elevado potencial de alterar os comportamentos natalistas, incentivando ou limitando o número de nascimentos. A este respeito, organismos como o Intergrupo da Família e Protecção da Infância do Parlamento Europeu e o Comité Económico e Social Europeu têm lançado sucessivos apelos no sentido da necessidade da definição e adoção de políticas de incentivo à natalidade nos países europeus enquanto medida de combate ao envelhecimento demográfico. Esta preocupação foi também manifestada recentemente através de uma petição apresentada ao Parlamento Europeu em 2012, na qual várias associações e federações europeias ligadas à família solicitaram a realização de um relatório acerca da situação natalista na Europa, bem como a aprovação de uma resolução sobre as políticas natalistas e familiares. Um dos objetivos deste documento será proceder a uma comparação entre as políticas familiares adotadas pelos Estados-membros da UE-27 com vista à partilha das melhores práticas neste domínio.

Tendo como horizonte temporal 1990 a 2004, foi realizado um estudo comparativo das políticas familiares nos então 15 estados membros da UE-27, o qual revelou que são os países do Norte da Europa aqueles que estão mais desenvolvidos a este nível, ocupando uma posição claramente superior a Portugal (Pereira; Toledo,

2004). Portugal partilhava os últimos lugares ao nível das políticas familiares juntamente com Espanha, Grécia e Itália. No lado oposto estavam países como a Dinamarca e a França cujo resultado das políticas natalistas e familiares adotadas ao longo do tempo se reflete no elevado número de nascimentos registado.

Em 2010 os países nórdicos e a França mantinham-se com os valores de ISF mais elevados da Europa. Na França nasceram cerca de 2,03 crianças por mulher em idade fecunda (um valor próximo dos 2,1 necessários para a renovação de gerações), 1,87 na Dinamarca, 1,98 na Suécia e 1,95 na Noruega (Eurostat, 2012b).

No caso particular de Portugal, os estímulos à natalidade adotados nas últimas décadas prendem-se essencialmente com a alteração das condições de trabalho e com incentivos financeiros. O primeiro abarca a possibilidade dos progenitores poderem acompanhar os seus filhos após o nascimento ou poderem dedicar parte do tempo de trabalho para a amamentação. O segundo prende-se com a atribuição de subsídios, nomeadamente o abono familiar a crianças e jovens. Além destes incentivos diretos há a considerar o impacto da ação do Estado ao nível dos sistemas de saúde e de educação, fulcrais no momento de opção pela parentalidade.

Contudo, as medidas adotadas constituíram um *“esforço financeiro com efeitos pouco óbvios sobre a evolução do número de nascimentos”* (Rosa; Chitas, 2010). De facto, apesar de uma maior natalidade estar associada a incentivos económicos, a verdade é que não depende exclusivamente destes.

Relaciona-se, também, com um conjunto de aspetos associados que vão desde prestações sociais, benefícios fiscais, serviços de cuidados às crianças, redes de apoio familiar, flexibilidade de horários de trabalho e incentivos ao trabalho em *part-time* (Pereira; Toledo, 2004).

Mais recentemente o Comité Económico e Social Europeu no relatório sobre *O papel das políticas da família no processo das alterações demográficas* apresentou um conjunto de recomendações ao nível das políticas familiares na UE-27. Nesse relatório reconhece-se que *“para um sistema ser plenamente eficaz, é preciso que a oferta de serviços e os mecanismos de apoio respondam às expectativas das famílias e dos pais ou futuros pais. Essas expectativas podem variar de país para país consoante a cultura nacional, os costumes sociais e as tradições”* (CESE, 2011, p. 7). O mesmo parecer afirma que uma política familiar global deve incluir incentivos fiscais e prestações sociais, a promoção da igualdade entre géneros em contexto laboral, serviços e

infraestruturas de apoio a crianças, medidas de apoio ao equilíbrio entre a vida familiar e laboral, nomeadamente o trabalho a tempo parcial e as licenças parentais.

Para efeitos de comparação entre países membros, importa notar que foi na Letónia que, em 2010, se observou um índice de fecundidade mais baixo (1,17), a par da Hungria (1,25), contrastando com a Irlanda (2,07) e França (2,03). Quanto à esperança de vida à nascença, em 2009 (ano com informação disponível para todos os países) esta era menor na Lituânia (73,2), Letónia (73,2), Roménia (73,5) e Bulgária (73,7) e mais elevada na Espanha (81,9) e Itália (82,1). Em 2011, os países onde o envelhecimento na base foi mais expressivo, dado o menor volume de jovens com idade até 14 anos, foram a Bulgária (13,2), Alemanha (13,4%) e Itália (14,0%). Um envelhecimento mais acentuado no topo, pelo aumento do peso dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, observou-se na Alemanha (20,6%) e Itália (20,3%) (Eurostat, 2012a, p. 26).

O peso relativo dos idosos no total da população intensificou-se com o número de nascimentos a decrescer em simultâneo com o aumento da longevidade. Para além disso, a população da UE-27 vive mais tempo do que nunca, não obstante a diferença da esperança de vida entre os países membros: na Itália e em Espanha esta situa-se perto dos 82 anos enquanto em países como a Bulgária, Roménia, Letónia e Lituânia oscila entre os 72 e os 73 anos.

Quanto ao peso do grupo etário dos 65 ou mais anos, entre 1980 e 2010, a parcela deste segmento populacional no total da população europeia cresceu 3,7 pontos percentuais para atingir os 17,4% em 2010. Verificou-se *“um crescimento particularmente rápido na Eslovénia, na Alemanha, na Itália, nos Estados-membros Bálticos e na Grécia, uma vez que a parcela da população com 65 ou mais anos no total da população cresceu, pelo menos, 5 pontos percentuais”* (Eurostat, 2012a, p. 19). Um aumento menos significativo deste grupo etário verificou-se no Luxemburgo e na Suécia – que registaram um aumento de menos de 1 ponto percentual –, enquanto a Irlanda foi o único Estado-membro a registar um decréscimo (ainda que apenas de 0,1 pontos percentuais). O Eurostat acresce que apesar do maior número de mulheres idosas face ao dos homens, o número destes últimos cresceu a um ritmo mais rápido até 2000, o que veio redesenhar a diferença de género neste grupo etário.

Também na idade mediana da população europeia, a qual divide a distribuição etária de toda a população em duas partes iguais, com 50% das pessoas acima da idade mediana e as outras 50% abaixo da idade mediana, se observam diferenças

significativas entre países. A idade mediana na UE-27 a 1 de Janeiro de 2010 era de 40,9 anos. Os dados do Eurostat (2012a) revelam que este indicador não sofreu alterações entre 1960 e 1980, altura após a qual se observou um processo de envelhecimento mais intenso na Europa. Em Portugal, a idade mediana em 1960 era de 27,8 anos, tendo passado para 40,7 anos em 2010. Este valor reforça a intensidade e rapidez do envelhecimento da população portuguesa.

No caso da restante UE-27, os dados indicam que os três Estados-Membros com idades medianas mais altas em 2010 foram a Alemanha (44,2 anos), a Itália (43,1 anos) e a Finlândia (42,0 anos), em contraste com a Irlanda (34,3 anos), Chipre (36,2 anos) e Eslováquia (36,9 anos). As projeções populacionais do Eurostat sugerem que o ritmo ao qual a idade mediana está a aumentar irá abrandar nas próximas décadas, estimando-se que estabilize nos 47,6 anos – cerca de 15 anos mais do que um século antes – em 2060. Entre os Estados-membros, a Suécia foi o que registou uma idade mediana mais elevada a 1 de Janeiro de 1960: 36,0 anos. No entanto, na década de 1990 foi ultrapassada pela Itália (38,5 anos em 1995), que, por sua vez, foi substituída pela Alemanha uma década mais tarde (41,8 anos em 2005, aumentando para 44,2 anos em 2010).

Na década de 1960, o crescimento populacional observado na Europa deveu-se sobretudo ao saldo natural positivo, considerando o maior número de nascimentos face aos óbitos. Contudo, *“as taxas de fecundidade relativamente elevadas que foram experienciadas nas décadas pós-guerra caminharam, lentamente, para um fim, enquanto a esperança de vida aumentou”* (Eurostat, 2012a, p. 25). De meados da década de 2000 em diante, algumas evidências sugerem que as taxas de fecundidade começaram a subir novamente em muitos dos Estados-membros da UE, e, como resultado, o saldo natural na UE-27 aumentou ligeiramente.

O forte processo de envelhecimento na Europa evidenciado nos dados anteriores colocam o continente em situação *“comum com muitas outras regiões do mundo [pois] está a passar por uma mudança significativa na sua estrutura populacional [os europeus] estão a viver vidas mais longas e saudáveis do que antes, e é esperado que este padrão continue, paralelamente aos avanços da medicina e aos padrões melhorados de vida”* (Eurostat, 2012a, p. 18)

Os dados apresentados anteriormente reforçam as diferenças já apontadas relativamente aos ritmos de envelhecimento demográfico na UE-27 que não pode, portanto, ser analisado de forma homogénea. São estas divergências que fundamentam a necessidade de uma análise particular do envelhecimento demográfico em Portugal.

Para Fernandes, o país *“integra-se no conjunto dos países que sofreu um envelhecimento mais recente mas muito mais acentuado, provocado pela redução dos nascimentos a partir da década de oitenta e pelo crescimento da longevidade geracional, o que se reflete no aumento das proporções de indivíduos com mais de 65 anos logo desde o início da década”* (2008, p. 22).

Os baixos níveis de fecundidade e mortalidade observados atualmente em Portugal colocam o país numa fase de pós-transição demográfica. Não obstante a relevância do saldo natural para a compreensão do processo de envelhecimento demográfico em Portugal, importa considerar a especial relevância processo emigratório para um mais intenso e vigoroso processo de envelhecimento, comparativamente a outros países (Dias; Rodrigues, 2012; Rosa; Chitas, 2010). De facto, no caso português, Nazareth (2009a, p. 134) considera que o crescimento natural negativo do país apenas é compensando pelos fluxos migratórios. Em Portugal, o início do processo de envelhecimento demográfico radicou menos em mudanças de ordem social, cultural económica ou de representações sobre a natalidade e mais na redução do contingente jovem em resultado de um avultado número de portugueses, sobretudo homens, que engrossaram o processo emigratório. As mudanças demográficas em Portugal constituem uma das mais rápidas e estruturais alterações demográficas da Europa. Antes da II Guerra Mundial, Portugal tinha uma das mais elevadas percentagens de população jovem do cenário europeu. Na atualidade, o país tem um dos mais fortes processos de envelhecimento da UE-27. O processo de emigração português teve um duplo impacto: a perda de um elevado contingente populacional jovem no momento e a diminuição do potencial natalista do país no futuro. Esta dupla consequência teve, portanto, uma repercussão não só na pirâmide etária do momento como na dos anos seguintes. O retorno de emigrantes das antigas colónias portuguesas, por exemplo, não foi suficiente para compensar a perda dos efetivos jovens, na medida em que se tratou essencialmente do retorno de um contingente em idade mais avançada e com pouco potencial natalista. (Dias; Rodrigues, 2012). O processo de transição demográfica em Portugal foi, portanto, fortemente impulsionado pela emigração. Importa considerar, ainda, que as transformações demográficas apresentadas para Portugal ocorreram num contexto de instabilidade e fragilidade política e económica do Estado e das políticas sociais, não se tendo verificado a definição de políticas vocacionadas para a atenuação da diminuição da fecundidade, nomeadamente ao nível da implementação de políticas natalistas.

Uma análise fina do perfil demográfico da população portuguesa desde a década de 1960, permite estabelecer diferentes fases de evolução demográfica, marcadas por diferentes saldos positivos e migratórios, tributários de profundas mudanças sociais, culturais e políticas no país (Fernandes, 2008; Rosa; Chitas, 2010).

O maior decréscimo populacional observado entre 1960 e o início do século XXI ocorreu entre meados da década de 1960 e meados de 1970, fruto de um saldo migratório negativo, considerando o muito elevado volume de portugueses que optaram pela emigração (mais de um milhão e meio face aos números da imigração). O significativo maior número de nascimentos face aos óbitos registado neste período traduziu-se num saldo natural negativo que, combinado com um reduzido volume de imigração, não foi suficiente para diminuir o impacto da emigração no volume populacional português. Neste período, a diminuição da população portuguesa ocorreu, portanto, em consequência de um saldo migratório negativo resultante de um forte processo de emigração.

Entre 1974 e o início da década de 1980, Portugal assistiu a um aumento populacional que lhe permitiu recuperar a quebra registada no período anterior. Nesta fase de pós Revolução do 25 de Abril, observou-se uma muito significativa diminuição da emigração, acompanhada por um intenso processo de imigração consequente do retorno de portugueses que haviam deixado o país durante a ditadura salazarista. Daqui resultou, portanto, um saldo migratório positivo. Além deste, Portugal manteve uma tendência crescente de evolução resultante da manutenção de níveis elevados de fecundidade, superiores aos da mortalidade. Do sinal positivo dos saldos natural e migratório resultou uma “euforia demográfica” caracterizada por um crescimento da população residente.

O período que se seguiu, entre 1987 e 1991 foi marcado por um abrandamento do crescimento populacional, chegando mesmo a verificar-se uma ligeira diminuição do número de residentes em Portugal. Para este facto concorreu um decréscimo do número de nascimentos, fruto da diminuição da fecundidade, que tendencialmente se começou a aproximar dos baixos níveis de mortalidade. Além disso, o saldo migratório voltou a ser negativo, ainda que o volume de entradas e saídas verificado neste período tenha sido drasticamente inferior ao observado nas décadas de 1960 e 1970.

Entre 1993 e 1998 Portugal assistiu a um novo aumento populacional, tendo em conta o saldo migratório positivo verificado neste período decorrente de uma inversão do papel de Portugal no cenário das migrações, passando este a ser visto enquanto local

de imigração. O saldo natural pouca relevância teve para este crescimento da população, aproximando-se do valor zero. Neste último período, Portugal assumiu-se definitivamente como país integrante nas tendências demográficas atuais descritas pela teoria da transição demográfica. De facto, foi a partir daqui que se começou a verificar uma maior diminuição da fecundidade até níveis em que a renovação de gerações não se tornou mais assegurada, a par de um crescente aumento da esperança média de vida. Foi no início da década de 1990 que Portugal começou a sentir efetivamente o processo de envelhecimento demográfico da sua população.

Desde 1960 que em Portugal se observou uma quebra muito acentuada do número de nascimentos ao longo das últimas décadas, a qual foi particularmente expressiva até ao início da década de 1960. Em 1960 nasciam cerca de 24 crianças por cada mil habitantes. Em 2010, cinquenta anos depois, este valor caiu para menos de metade, nascendo cerca de 10 crianças pelo mesmo volume de população. Houve, portanto, uma quebra da natalidade para menos de metade.

Os valores do ISF revelam também que desde a década de 1980 que Portugal não consegue assegurar a renovação das suas gerações, na medida em que no início da década de 1990 o valor deste indicador era já inferior a 2,1. Em 2010, o ISF era apenas de 1,37 muito inferior, portanto, ao necessário para o rejuvenescimento da população. Durante o período considerado, a diminuição da natalidade e da fecundidade ocorreu de forma gradual e permanente. Pelo contrário, a mortalidade manteve-se relativamente estável ao longo dos últimos 50 anos. Em 1960, morriam cerca de 11 portugueses por cada mil quando, em 2010, este valor desceu ligeiramente para 10 óbitos.

Ao nível da fecundidade, importa considerar também o impacto do adiamento do projeto de maternidade. Se outrora se verificava uma maior frequência da natalidade no grupo etário dos 20 aos 24 anos, atualmente há um maior número de nascimentos entre mulheres entre os 25 e os 29 anos ou mesmo entre aquelas que têm 30 ou mais.

Os resultados dos indicadores demográficos portugueses são apresentados no quadro abaixo. Refletem bem a mudança de comportamentos natalistas em Portugal no sentido de um progressivo menor número de nascimentos, bem como a diminuição da mortalidade, resultante de importantes conquistas ao nível dos cuidados de saúde e das condições de vida da população portuguesa, sobretudo depois do final do período de ditadura salazarista.

Quadro 9. Indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade em Portugal

Anos	Taxa bruta de natalidade (‰)	Índice sintético de fecundidade	Taxa bruta de mortalidade (‰)
1960	24,1	3,2	---
1970	20,0	3,0	10,7
1981	15,5	2,1	9,7
1991	11,8	1,6	10,4
2001	10,9	1,5	10,2
2006	10,0	1,4	9,6
2007	9,7	1,3	9,8
2008	9,8	1,4	9,8
2009	9,4	1,3	9,8
2010	9,5	1,4	10,0

Fonte: INE, 2013.

Importa ainda considerar a evolução da esperança de vida à nascença em Portugal com a devida diferenciação entre sexos. Em 1960 este indicador situava-se em torno dos 61 anos para o sexo masculino e nos 66 anos para o feminino. Nas décadas que se seguiram verificou-se um aumento gradual e permanente do número de anos de vida esperados para os portugueses, independentemente do seu sexo. Não obstante, as mulheres continuaram a ter uma esperança de vida aproximadamente 6 anos mais elevada. Em 2010 esperava-se que cada criança nascida vivesse cerca de 76 anos, se do sexo masculino, ou 82 se do sexo feminino. Trata-se de um aumento de 25,9% e de 23,9%, respetivamente, face ao período de 1960. Este rápido aumento da longevidade da população portuguesa é em muito tributário das incríveis conquistas conseguidas ao nível da diminuição da mortalidade infantil (Rosa; Chitas, 2010). No início da década de 1960, morriam em Portugal cerca de 80 crianças por mil habitantes sendo que, em 2008, morriam apenas cerca de 3 crianças. Fernandes esclarece que “*maiores possibilidades de sobrevivência promovem o crescimento absoluto dos indivíduos em idades mais avançadas, provocando o crescimento mais acentuado dos grupos etários de topo da pirâmide etária*” (2007b, p. 23).

A esperança média de vida sofre variações consoante o género. Enquanto a masculina se tem mostrado mais homogénea entre os países europeus, a feminina tem conhecido duas grandes tendências: por um lado os países na vanguarda, em que se têm vindo a conquistar progressivamente mais anos de vida (Itália, Suécia, França e

Espanha) e, por outro lado, os restantes países que apesar de seguirem a mesma tendência registam um número de anos inferior ao do primeiro grupo. Portugal tem vindo a recuperar terreno rapidamente, aproximando-se dos países com uma esperança de vida tendencialmente mais elevada. A evolução gradual e contínua do número de anos que, em média, cada português vive desde a década de 1960 é apresentada no quadro abaixo. Os resultados refletem precisamente o aumento da longevidade da população portuguesa, observada não só globalmente mas também para os dois sexos.

Quadro 10. Esperança de vida à nascença em Portugal (anos)

Anos	Homens	Mulheres	Total
1960	66,1	71,2	68,7
1970	67,2	72,9	70,2
1981	68,8	75,8	72,4
1991	70,4	77,4	73,9
2001	73,0	79,9	76,4
2006	74,8	81,5	78,2
2007	75,2	81,5	78,4
2008	75,5	81,7	78,6
2009	75,8	81,8	78,9
2010	75,9	82,0	79,0
2011	76,9	83,2	80,1

Fontes: Eurostat, 2013.

A análise da estrutura etária da população portuguesa reflete precisamente as duas dimensões do envelhecimento demográfico apresentadas anteriormente: a diminuição do volume de jovens, em consequência de uma menor fecundidade, e o aumento da proporção dos mais velhos. Em 1960, 29,4% da população portuguesa tinha idade até aos 14 anos. Ao longo das décadas que se seguiram a proporção de efetivos neste grande grupo etário diminuiu significativamente atingindo, em 2011, o valor de 14,91%, ou seja, cerca de metade do verificado em 1960. Por sua vez, a percentagem de portugueses com 65 ou mais anos passou de 7,8% para 19,06%, em 2011, o que significa um aumento de três vezes. Convém referir que o volume de indivíduos com idade entre os 15 e os 64 anos se manteve relativamente estável no período considerado, ainda que com ligeira tendência para o aumento, situando-se entre os 63,0% e os 67,0%. A transformação na estrutura etária da população portuguesa ocorreu, portanto, à custa de uma gradual diminuição do grupo etário mais jovem acompanhado por um aumento

do grupo sénior, um cenário de resto esperado atendendo à sua baixa fecundidade e ao aumento da longevidade.

Quadro 11. Estrutura etária da população portuguesa

Anos	Total (N)	Grupos etários em anos (%)		
		0 - 14	15 - 64	65 e mais
1960	8 826 040	29,4	62,8	7,8
1970	8 697 610	29,0	61,8	9,2
1981	9 713 570	26,1	62,7	11,2
1991	9 995 995	20,8	66,0	13,2
2001	10 195 014	16,2	67,7	16,0
2006	10 569 592	15,6	67,3	17,1
2007	10 599 095	15,5	67,3	17,3
2008	10 617 575	15,3	67,2	17,4
2009	10 627 250	15,3	67,1	17,6
2010	10 637 713	15,2	66,9	17,9
2011	10 572 157	14,9	66,0	19,1
2012 ¹	10 541 840	14,8	65,8	19,4

¹ Projeção

Fonte: Eurostat, 2013.

Uma análise mais fina do grupo etário dos 65 e mais anos revela algumas especificidades, nomeadamente o aumento do volume de indivíduos com idade mais avançada, isto é, dos idosos mais velhos. Uma análise comparativa da distribuição dos portugueses com idade igual ou superior a 65 anos, entre 1990 e 2012, revela um aumento do peso daqueles com idade entre os 80 e 84 (12,0% *versus* 14,9) mas, sobretudo, daqueles com idade igual ou superior a 85 anos (6,6 *versus* 12,2%).

Estes dados refletem sobremaneira um aumento da esperança média de vida em Portugal e um considerável aumento dos indivíduos no topo da pirâmide etária portuguesa, na generalidade mas, numa análise mais atenta, dos efetivamente mais velhos. Pela sua idade, estes colocam maiores exigências ao Estado e à sociedade, nomeadamente ao nível da Segurança Social pelo pagamento de pensões e pela prestação de cuidados de saúde. É neste aumento do tempo de vida dos indivíduos que residem grande parte das inquietações face ao futuro bem-estar das sociedades ricas e envelhecidas. O crescimento das necessidades em cuidados sociais e de saúde, que têm

origem na sobrevivência em condições fisiológicas e sociais de maior vulnerabilidade, está já a proporcionar uma reflexão alargada sobre «*Quem vai cuidar de quem?*».” (Fernandes, 2008, p. 25). No quadro abaixo apresentamos a evolução da população portuguesa com 65 ou mais anos.

Quadro 12. Distribuição dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos por escalões etários, em Portugal (%)

Grupos etários	1 de janeiro de 1990	1 de janeiro de 2012
65-69	35,2	27,6
70-74	25,2	24,0
75-79	21,0	21,4
80-84	12,0	14,9
Igual ou superior a 85	6,6	12,2

Fonte: Eurostat, 2013.

Consequência do aumento da proporção de idosos em Portugal é o aumento de todos os indicadores de envelhecimento. Entre 1960 e 2010 que se tem observado um aumento do índice de longevidade em Portugal (35,7 *versus* 47,40), o que demonstra o aumento da população mais idosa sobre a idosa, ou seja, entre aqueles que têm 75 e mais anos sobre os que têm 65 ou mais. Este dado vai de encontro aos dados apresentados no quadro abaixo do qual se evidencia um aumento progressivo dos escalões etários do topo da pirâmide etária portuguesa.

Expressão do aumento do grupo etário dos mais velhos sobre o de jovens são os resultados do índice de envelhecimento. Em 1960 existiam cerca de 27 idosos (65 ou mais anos) por cada 100 jovens (0-14 anos). Em 2012 este indicador sofreu um incrível aumento, passando para cerca de 120 idosos por cada 100 jovens. Não só aumentou o peso da população idosa sobre os jovens como, também, sobre a população ativa (15-64 anos), como refletem os valores do índice de dependência de idosos. De aproximadamente 18 idosos por cada 100 portuguesas em idade ativa, valor observado em 1960, o país passou cerca de 27 por cada 100, em 2010. Os resultados destes indicadores de envelhecimento atestam a progressão do processo de envelhecimento demográfico em Portugal e reforçam o seu carácter estrutural.

Quadro 13. Indicadores do envelhecimento em Portugal

Anos	Índices		
	Longevidade	Envelhecimento	Dependência de idosos
1960	35,7	27,3	12,7
1970	32,8	34,0	15,6
1981	34,8	46,0	18,2
1991	39,0	72,0	20,9
2001	42,0	104,2	24,5
2006	44,9	111,7	25,6
2007	45,7	113,6	25,9
2008	46,4	115,5	26,3
2009	46,8	117,6	26,7
2010	47,4	120,1	27,2

Fontes: INE/Pordata, 2013.

Considerando os dados apresentados anteriormente, podem-se sintetizar as principais tendências demográficas portuguesas nos seguintes pontos: i) decréscimo acentuado da população mais jovem (0-14 anos); aumento ligeiro da população em idade ativa (15-64 anos); aumento da população idosa (com 65 ou mais anos), sobretudo daquela que se encontra em patamares etários mais elevados – os mais idosos (acima dos 75 anos); aumento da esperança de vida – à nascença e em média; aumento do peso dos mais velhos sobre a população jovem e ativa.

Apresentadas as características demográficas da população da UE-27 e, em concreto, de Portugal, as quais tornam claro o processo de envelhecimento demográfico transversal à generalidade dos países europeus, é momento de apresentarmos as projeções demográficas mais recentes sobre a evolução da população europeia e portuguesa até ao horizonte de 2060.

3.3. PERSPETIVAS DE EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA PARA 2060

Dois dos mais recentes e robustos exercícios de previsão do tamanho e estrutura etária das realidades populacionais portuguesa e europeia foram desenvolvidos pelo INE - *Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060* (2009), e pelo Eurostat - EUROPOP2010 (2011). Os dois referem-se sensivelmente ao mesmo horizonte temporal: o primeiro abarca o período de 2008 a 2060 e o segundo de 2010 a 2060. Na análise realizada nesta investigação será dada especial atenção ao cenário demográfico previsto para Portugal, articulando-se as projeções demográficas dos dois organismos. Na análise dos dados apresentados para a UE-27 deverá ser considerada a diversidade demográfica característica dos países membros, a qual se poderá manter no futuro. Não obstante, os cenários de previsão do Eurostat radicam na ideia de uma tendencial convergência demográfica. Para salvaguardar as diferenças mais relevantes entre os países membros, apresentaremos também os principais resultados por país.

Importa salvaguardar que apesar deste tipo de estudos de projeção demográfica radicarem em dados estatísticos da população em períodos anteriores e modelos teóricos de evolução testados, não deixam, contudo, de constituir apenas uma hipótese de evolução demográfica sujeita a alterações decorrentes de uma evolução não esperada das suas componentes, nomeadamente fecundidade, mortalidade e migrações

O estudo realizado pelo INE teve por base a população residente em Portugal a 1 de Janeiro de 2008, com distinção de sexo e idade. À data, estimava-se que residissem em Portugal aproximadamente 10,6 milhões de habitantes.

Para a definição de cenários demográficos importa perceber o comportamentos dos indicadores demográficos – fecundidade, mortalidade e migrações, considerados nas projeções demográficas aqui discutidas.

Uma das mais importantes componentes na definição do perfil demográfico de uma população é a fecundidade. A sua relevância não radica apenas no conhecimento imediato do número de filhos por mulher em idade fértil mas, também, por antever as possibilidades de nascimentos futuros. Em países de baixa fecundidade, como Portugal, este indicador é particularmente relevante para antever cenários de rejuvenescimento ou envelhecimento da população.

As projeções do INE e do Eurostat partilham a expectativa de um ligeiro aumento da fecundidade, medida através do ISF, conjugado com um aumento da idade média ao nascimento. O organismo português considerou três hipóteses de evolução deste indicador, considerando como valor de referência do ISF 1,33 filhos por mulher em idade fértil e a idade média ao nascimento do primeiro filho aos 30,0 anos. Na hipótese *moderada*, o INE prevê um ISF de 1,55 e um ligeiro aumento da idade média ao nascimento do primeiro filho para 30,4 anos; na *pessimista*, espera-se a manutenção de um baixo ISF com o valor de 1,30, em simultâneo com o aumento da idade média ao nascimento de um filho para 30,4 anos; já na *otimista*, expecta-se uma recuperação do ISF para 1,75 e um aumento da idade média ao nascimento do primeiro filho para os 30,9 anos da mulher. As projeções do Eurostat referentes à fecundidade em Portugal aproximam-se da hipótese *moderada* do INE, ainda que para 2060 preveja um ISF ligeiramente superior, na ordem de 1,51 crianças por mulher. Para a UE-27 prevê um ISF de 1,68 em 2060 aumentando, portanto, face ao valor de 1,59 registado em 2010.

Relativamente à componente de mortalidade, as projeções dos dois organismos apontam para a continuidade do aumento da esperança média de vida, seja de forma global ou diferenciada por sexo.

Preveem, contudo, um aumento a um ritmo mais lento do que o observado no passado. Acresce o facto de se considerar que os ganhos de esperança de vida à nascença para os homens serão ligeiramente superiores aos das mulheres, o que significa uma tendência de convergência da esperança de vida para ambos os sexos. Para a mortalidade em Portugal, o INE estabeleceu duas hipóteses de evolução, tomando como referência a esperança média de vida à nascença em 2008, que era de 75,4 anos para os homens e de 82,0 anos para as mulheres.

A *otimista* assume a manutenção do padrão de decréscimo das taxas de mortalidade por idade e sexo registado entre 1980 e 2007, bem como ganhos na esperança de vida à nascença que passa para 83,5 anos para os homens (+7,9) e para 89,4 anos para as mulheres (+7,5). A hipótese *moderada* considera a manutenção das principais tendências demográficas ao nível da mortalidade, de forma geral, não obstante uma diminuição no ritmo de decréscimo das taxas de mortalidades nas idades infantil e juvenil, bem como nas idades adultas superiores. Nesta última hipótese prevê-se uma esperança média de vida à nascença para os homens de 82,3 anos e para as mulheres de 87,9 anos. As previsões do Eurostat para Portugal apontam para uma esperança média de vida à nascença de 84,2 para os homens e de 88,6 anos para as

mulheres, no ano de 2060. Este organismo espera, portanto, um maior aumento da idade média de vida à nascença dos homens face a qualquer um dos cenários do INE e, para as mulheres, um valor intermédio entre as duas hipóteses de evolução consideradas. Para a zona UE-27, prevê-se que em 2060 os homens vivam 84,0 anos e as mulheres 88,5 anos.

Por fim, importa referir o impacto das migrações, uma componente que tem marcado significativamente o crescimento demográfico português, sobretudo num contexto de maior relevância da imigração face à emigração, não obstante a relevância desta última²⁰. O INE definiu quatro hipóteses de evolução do saldo migratório que consideraram não só as entradas e saídas em Portugal mas, também, o possível retorno de emigrantes. São elas a *moderada*, que radica na atual redução dos saldos migratórios, nomeadamente pelo menor volume de imigração em Portugal; *elevada*, estabelecida num cenário de saldos migratórios mais elevados em consequência de uma maior atratividade do país, prevendo-se um aumento das entradas e uma redução das saídas; *reduzida*, considerando a possibilidade de um saldo migratório mais reduzido pela menor atratividade imigratória; *sem migrações*, um cenário mais improvável mas com importância para efeitos comparativos.

Considerando diferentes combinações das componentes demográficas anteriores, o INE desenhou quatro cenários demográficos²¹. São estes: i) *central*, sustentado nas hipóteses consideradas como mais prováveis face à evolução demográfica portuguesa até à atualidade; ii) *baixo*, mais pessimista por rever em baixa a evolução dos indicadores; iii) *elevado*, que considera uma perspetiva otimista de evolução mais positiva dos indicadores; iv) *cenário sem migrações*, definido para efeitos de comparação. O cenário demográfico de partida para qualquer cenário é o mesmo.

²⁰ O INE assume que a previsão da componente migrações se reveste “de alguma dificuldade. Por um lado, a volatilidade do comportamento dos fluxos migratórios internacionais, influenciados por acontecimentos de natureza de ordem económica e política bem como por desequilíbrios demográficos e sociais entre países de origem e de destino, leva a que alterações no seu volume, características demográficas e sentido dominante possam ocorrer de um momento para o outro, como aliás já aconteceu num passado recente em Portugal. Por outro lado, confrontamo-nos com a fragilidade da informação e a reduzida cobertura do fenómeno nas fontes de dados disponíveis.” (2009, p. 13).

²¹ Segundo a nota metodológica do estudo, “Este exercício assenta sobre o conceito de população residente e adota o método das componentes por coortes (*cohort-component method*), em que as populações iniciais são agrupadas por coortes, definidas pela idade e pelo sexo, e continuamente atualizadas, de acordo com as hipóteses de evolução definidas para cada uma das componentes de mudança da população - fecundidade, mortalidade e migração – ou seja, pela adição do saldo natural e do saldo migratório, para além do processo natural de envelhecimento” (INE, 2009, p. 9).

Para efeitos da nossa análise, daremos particular atenção ao *cenário central* por ser precisamente o considerado como mais provável pelo INE.

Quadro 14. Cenários demográficos da população portuguesa, 2008 - 2060

Cenários demográficos	Índice sintético de fecundidade	Esperança média de vida à nascença	Saldo migratório
Baixo	Pessimista	Moderada	Reduzida
Central	Moderada	Moderada	Moderada
Elevado	Otimista	Otimista	Elevada
Sem migrações	Moderada	Moderada	Sem migrações

Fonte: INE, 2009.

Quanto à evolução da população residente, o *cenário central* aponta para um aumento da população portuguesa até 2034, altura em se prevê que atinga 10 898 7 milhares de indivíduos e que, a partir daí, decresça para níveis inferior aos observados em 2008. Em 2060, neste cenário o INE estima que a população portuguesa totalize 10 364 2 milhares de indivíduos. As projeções do Eurostat diferem ligeiramente das do INE, prevendo um aumento populacional para os 10,7 milhões de habitantes até 2045, ano em que começará a diminuir até totalizar 10,2 milhões em 2060. Este organismo espera, portanto, um menor volume populacional em Portugal comparativamente às previsões do INE.

A evolução da população residente portuguesa relaciona-se com i) o efeito direto dos saldos migratórios anuais, os quais impactam sobre a fecundidade e mortalidade, especialmente na primeira, atendendo à seletividade etária dos fluxos migratórios e com o ii) saldo natural, ou seja, o impacto dos nascimentos e óbitos no crescimento demográfico. Importa recordar que os nascimentos estão diretamente relacionados com a fecundidade que, por sua vez, se relaciona com o saldo migratório, na medida em que depende também dos efetivos femininos em idade fecunda (15 aos 49 anos).

No cenário *central*, o INE prevê que até 2060 haja um ligeiro aumento do ISF que prevê ser de 1,55. Calcula, ainda, um saldo migratório positivo (36,6 milhares a partir de 2018), o qual implicará um decréscimo dos nascidos vivos em consequência de um menor número de mulheres em idade fecunda. Quanto à mortalidade, apesar do esperado aumento da esperança média de vida, não só neste cenário mas, também, nos restantes, é esperado um maior número de óbitos em resultado tanto do envelhecimento demográfico e, portanto, de um aumento da população com maior probabilidade de

óbito, bem como pelo envelhecimento natural da população imigrante. Em todos os cenários delineados é esperado um saldo natural negativo.

Quadro 15. Indicadores demográficos para Portugal, 1980-2060, *cenário central* (valores estimados e projetados)

Anos	ISF	Idade média ao nasc. de um filho	Saldo migratório	Bruta de mortalida de (‰)	Esperança média de vida à nascença		Idade média da população
					Homens	Mulheres	
2008	1,3	29,5	21 053	9,8	75,4	82,0	41,0
2009	1,3	29,5	22 606	9,9	75,6	82,1	41,2
2010	1,3	29,6	24 160	9,9	75,8	82,4	41,4
2015	1,4	29,6	31 925	10,2	76,6	83,1	42,6
2020	1,4	29,7	36 584	10,5	77,4	83,9	43,8
2025	1,4	29,8	36 584	10,8	78,2	84,5	44,9
2030	1,4	29,9	36 584	11,1	78,9	85,2	46,0
2035	1,5	30,0	36 584	11,5	79,6	85,7	46,9
2040	1,5	30,1	36 584	12,2	80,2	86,3	47,7
2045	1,5	30,1	36 584	12,8	80,8	86,7	48,4
2050	1,5	30,2	36 584	13,6	81,3	87,2	48,9
2055	1,5	30,3	36 584	14,2	81,8	87,5	49,3
2060	1,6	30,4	36 584	14,8	82,3	87,9	49,5

Fonte: INE, 2009.

Em consequência dos indicadores de fecundidade, mortalidade e migrações apresentados anteriormente, o INE prevê o cenário de crescimento da população portuguesa que se apresenta no quadro abaixo. Deste se poderá concluir que a estabilização do crescimento natural da população portuguesa verificado até 2010 dará lugar a um saldo negativo que se manterá até 2060. A par disso, o crescimento migratório irá aumentar, mantendo-se em 0,3 entre 2015 e 2055, passando para 0,4 em 2060. Da diferença entre estes dois indicadores resultará um crescimento efetivo da população portuguesa positivo até 2030, ano que em será de 0,0. Em 2040 espera-se que assuma valores negativos e tendencialmente crescentes, sendo de 0,4 em 2060.

Quadro 16. Indicadores de crescimento da população portuguesa, 2008-2060, *cenário central* (valores estimados e projetados) (%)

Anos	Crescimento natural	Crescimento migratório	Crescimento efetivo
2008	0,0	0,2	0,2
2009	0,0	0,2	0,2
2010	0,0	0,2	0,2
2015	-0,1	0,3	0,2
2020	-0,2	0,3	0,1
2025	-0,3	0,3	0,1
2030	-0,3	0,3	0,0
2035	-0,4	0,3	0,0
2040	-0,4	0,3	-0,1
2045	-0,5	0,3	-0,2
2050	-0,6	0,3	-0,3
2055	-0,7	0,3	-0,3
2060	-0,7	0,4	-0,4

Fonte: INE, 2009.

As projeções do Eurostat para os 27 países membros apontam para um crescimento demográfico até 2040, passando dos 501 milhões registados no primeiro dia de 2010 para 525 milhões em 2035. Depois desta data, este organismo prevê uma diminuição do volume populacional para 526 milhões em 2040 e 517 em 2060. Espera-se, portanto, que entre 2010 e 2035 a população europeia aumente 4,7 e, entre o primeiro ano e 2060, que aumente 3,2. Em particular, as projeções do Eurostat apontam para que “o número de pessoas com 60 e mais anos vá aumentar cerca de 2 milhões de pessoas por ano nas próximas décadas, enquanto a população em idade ativa começará a diminuir, como resultado de taxas de fecundidade mais baixas entre as gerações pós-baby boom” (Eurostat, 2012a, p. 15). Deste fenómeno irá resultar um aumento do número de indivíduos muito velhos, com 80 ou mais anos, e num número baixo de pessoas mais jovens para cuidar deles, tanto familiares, como profissionais de saúde.

Uma análise mais fina das projeções demográficas do Eurostat revela um crescimento populacional mais acentuado na Irlanda, Luxemburgo, Chipre e Reino Unido, os quais se inserem nos 14 países para os quais o Eurostat prevê um crescimento populacional para o horizonte 2010-2060. Nos restantes treze países membros espera-se uma redução do volume populacional, sobretudo na Bulgária, Lituânia, Letónia, Roménia e Alemanha. Fruto desta evolução demográfica, os países membros com maior população deverão ser o Reino Unido (79 milhões), França (74 milhões), Alemanha (66 milhões), Itália (65 milhões) e Espanha (52 milhões).

Além da evolução global do volume populacional, as projeções do INE e do Eurostat consideraram ainda a estrutura etária esperada para a população portuguesa e dos países da UE-27. Importa referir a existência de uma significativa semelhança entre as projeções dos dois organismos a este nível. As diferentes estruturas etárias resultam de diferentes resultados dos saldos naturais e migratórios, da fecundidade e da mortalidade que se traduzem em diferentes estruturas etárias da população.

No cenário *central*, o INE prevê uma diminuição da população jovem (0-14 anos) de 15,3%, em 2008, para 11,9%, em 2060 (muito próximo do valor de 12,0% avançado pelo Eurostat). A diminuição do peso deste escalão etário face aos valores de 2008 é também considerada nos cenários *sem migrações*, *baixo* e *elevado*, ainda que com proporções distintas (11,2% *versus* 10,2% *versus* 11,9%). A diminuição do peso deste grupo etário jovem radica, essencialmente, numa diminuição da fecundidade como discutido anteriormente.

Em todos os cenários considerados pelo INE está também prevista uma diminuição da população em idade ativa (15-64 anos). Em 2008 esta representava 67,2% do total populacional, prevendo-se no cenário *central* que, no ano de 2060, esta represente 55,7% da população portuguesa (novamente próximo dos 56,0% previstos pelo Eurostat). No cenário *elevado* esta assumirá o valor de 56,1%, no *baixo* de 54,3% e no *sem migrações* de 52,7%. Na origem destes valores o INE aponta o impacto dos fluxos migratórios. Uma análise mais fina deste grande grupo etário revela que em todos os cenários demográficos considerados há uma diminuição da percentagem dos indivíduos com idade entre os 15-24 anos, 25 aos 39 anos e 40 aos 54 anos. Esta tendência apenas é invertida se considerado o escalão etário dos que têm entre 55 e 64 anos em que há um aumento dos efetivos em qualquer dos cenários.

A diminuição do volume de população em idade ativa em Portugal decorre, em particular, do comportamento demográfico dos grupos etários mais jovens (dos 15 aos 39 anos de idade), por força do decréscimo dos níveis de fecundidade em escalões etários anteriores. Em consequência haverá sucessivamente um menor volume de indivíduos em idade ativa que não é compensado com a possível reposição decorrente dos fluxos migratórios. Para os indivíduos com idade entre os 55 e os 64 anos de idade, potencialmente a sair do mercado de trabalho, espera-se um aumento do seu peso percentual até 2060 (1,3% no cenário *central*). No grupo dos 40 aos 54 anos de idade a tendência também será de redução, ainda que menos acentuada do que nos grupos mais

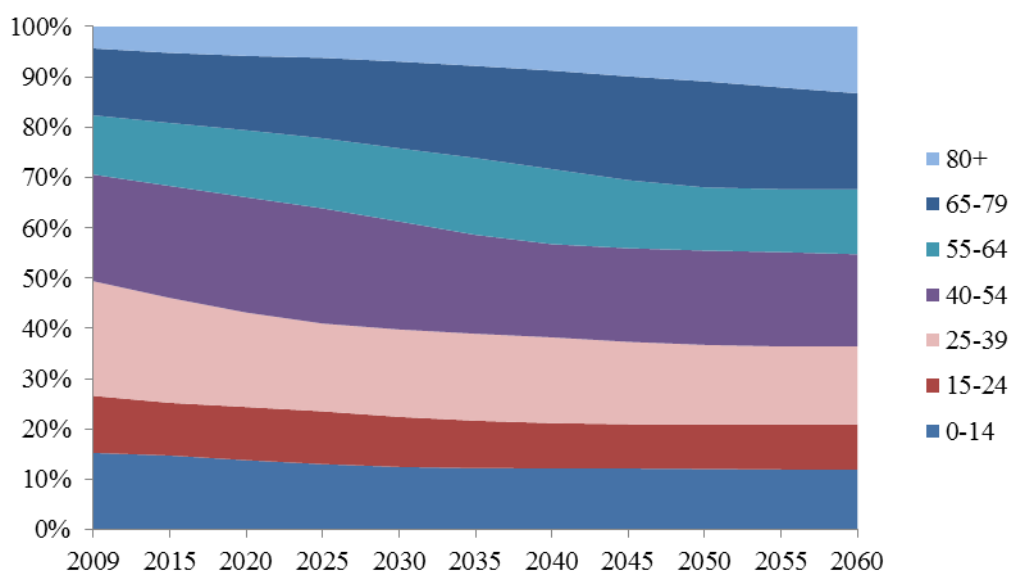
jovens (-2,8% até 2060 no cenário *central*). Espera-se, portanto, que a população ativa portuguesa tenha um progressivo menor peso face ao total populacional.

A diminuição da população ativa não se espera apenas em Portugal: as projeções do Eurostat sugerem que “*haverá menos do que duas pessoas em idade ativa (15-64 anos) para cada pessoa com 65 ou mais anos na UE-27, em 2060, em comparação com o rácio de quase 4 para 1 que se verifica atualmente*” (Eurostat, 2012a, p. 32)

Atendendo agora ao grupo etário dos 65 e mais anos, também em todos os cenários delineados pelo INE está previsto um aumento muito significativo da sua proporção face ao total populacional. No cenário *central* espera-se que em 2060 este grupo etário represente 32,3% do total populacional (32,0% para o Eurostat) quando, em 2008, era de 17,4%. O INE explica o aumento deste grupo pelo efeito do envelhecimento natural das populações, considerando também o impacto dos fluxos migratórios. Este organismo evidencia, ainda, a relevância de volumes significativos de indivíduos para os quais se espera uma maior longevidade.

O gráfico abaixo ilustra precisamente uma progressiva diminuição das faixas etárias mais jovens da população portuguesa, acompanhada de um aumento expressivo dos mais velhos, particularmente daqueles com idade igual ou superior a 80 anos.

Gráfico 2. Distribuição percentual da população por grupos etários, 1980-2060, cenário central (estimativas e projeções).



Fonte: INE, 2009.

Também na UE-27 é esperado um aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos, passando de 17,4% em 2010 para 29,5% em 2060. Não só se espera um aumento generalizado deste grande grupo etário como, particularmente, daqueles que têm idade igual ou superior a 80 anos. Em 2010 estes representavam 12,1% do total populacional da UE-27, esperando-se um aumento para 14,7% em 2060. O envelhecimento demográfico esperado no espaço europeu decorre também de baixos níveis de fecundidade, a par do aumento do número de idosos que se espera viverem paulatinamente mais anos. O Eurostat prevê que este fenómeno de envelhecimento seja transversal a todos os países membros calculando, nomeadamente, que a percentagem de indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos seja aproximadamente de 22% na Irlanda, 25% no Reino Unido, Bélgica e Dinamarca, 36% na Lituânia, 35% na Roménia e Polónia, 33% na Bulgária, Alemanha e Eslováquia e 32% em Portugal. Quanto ao segmento etário de idade igual ou superior a 80 anos, o Eurostat prevê que em 2060 este represente cerca de 12% do total do volume populacional, salientado o peso na Irlanda, Chipre e Reino Unido (9%), Espanha, Itália, Portugal e Alemanha (14%)

Dentro do aumento considerável da população idosa em Portugal, o INE alerta precisamente para o particular aumento da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, fenómeno também previsto em qualquer dos outros cenários. Estima-se que esta passe de 4,2% do total da população em 2008 para 13,3% no cenário *central* (mais do que o triplo), 12,7% no *elevado*, 15,0% no *baixo* e 15,8% no *sem migrações*, em 2060.

A evolução prevista dos três grandes grupos etários permite concluir, portanto, que apesar de se prever que, no cenário *central*, o volume da população portuguesa se preservará relativamente estável até 2060, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfica, fenómeno de resto considerado em qualquer um dos três outros cenários. A diminuição esperada da população com idade até 14 anos atribui, também, maior importância relativa ao grupo etário idoso. Além disso, o aumento do peso da população com 65 e mais anos coaduna-se com uma maior longevidade e maiores saldos migratórios anuais.

Em consequência dos comportamentos demográficos previstos tanto pelo INE como pelo Eurostat, espera-se naturalmente uma alteração da representação da pirâmide etária portuguesa até 2060. Esta deverá tornar-se progressivamente mais estreita na base, fruto da diminuição do volume de mais jovens, e mais larga no topo, em consequência do aumento do volume de idosos.

No quadro abaixo apresenta-se o peso do grupo etário dos 65 aos 79 anos, bem como dos de idade igual ou maior a 80 anos face ao volume populacional português esperado, bem como ao total esperado no grupo etário dos 65 ou mais anos. Do quadro pode concluir-se um aumento crescente dos dois segmentos etários face à população global, sobretudo dos 80 ou mais anos, bem como sobre apenas aqueles que têm idade igual ou superior a 65 anos. Em 2060 é de esperar que 41,0% dos idosos portugueses tenham 80 ou mais anos.

Quadro 17. População com 65 e mais anos em Portugal, 2009-2060, *cenário central* (valores estimados e projetados)

Anos	População Total (N)	População com 65+ anos (N)	65-79 anos (%)		80+ anos (%)	
			Total pop.	65+	Total pop.	65+
2009	10 636 502	1 874 933	13,3	75,5	4,3	24,5
2010	10 655 656	1 902 102	13,4	75,1	4,4	24,9
2015	10 749 837	2 059 006	13,9	72,8	5,2	27,2
2020	10 826 390	2 229 539	14,8	71,7	5,8	28,3
2025	10 870 266	2 412 461	16,0	72,1	6,2	27,9
2030	10 892 709	2 635 089	17,3	71,3	6,9	28,7
2035	10 897 644	2 846 047	18,3	70,1	7,8	29,9
2040	10 870 119	3 079 156	19,6	69,1	8,7	30,9
2045	10 800 340	3 297 470	20,6	67,6	9,9	32,4
2050	10 687 753	3 415 535	21,1	65,9	10,9	34,1
2055	10 538 092	3 407 752	20,2	62,6	12,1	37,4
2060	10 364 157	3 351 045	19,1	59,0	13,3	41,0

Fonte: Adaptado de INE, 2009.

Consequência do aumento do volume de idosos e da redução dos mais jovens é a evolução positiva do índice de envelhecimento da população portuguesa. No cenário *central* o INE prevê que de 114 idosos por cada 100 jovens, em 2007, Portugal passe para 271 idosos por cada 100 jovens em 2060, o que equivale ao dobro do valor. Este aspeto não é atenuado por uma ligeira recuperação da fecundidade e de saldos migratórios anuais positivos que são previstos. A evolução dos comportamentos previstos para os três grandes grupos etários faz prever, em qualquer dos cenários, uma diminuição do índice de dependência de jovens e um aumento do índice de dependência de idosos. Para o índice de sustentabilidade potencial, que relaciona a população em idade ativa com a idosa, também é previsto um decréscimo em qualquer dos cenários de projeção considerados.

Quadro 18. Índices do envelhecimento em Portugal, 1980-2060 (valores estimados e projetados)

Anos	Envelhecimento	Dependência de jovens	Dependência de idosos	Sustentabilidade potencial	Renovação da população em idade ativa
2009	115,5	22,8	26,3	380,7	111,2
2010	117,3	22,7	26,7	375,0	107,0
2015	130,0	22,3	29,0	345,2	89,9
2020	149,1	21,1	31,4	318,5	81,4
2025	170,3	20,1	34,3	291,9	78,9
2030	194,1	19,7	38,2	261,8	75,1
2035	213,5	19,8	42,4	236,1	68,2
2040	232,2	20,5	47,6	210,0	66,5
2045	250,8	21,2	53,3	187,7	70,2
2050	264,8	21,6	57,1	175,2	74,5
2055	270,5	21,5	58,1	172,3	75,7
2060	270,6	21,4	58,0	172,3	74,3

Fonte: INE, 2009.

O INE esclarece que a possibilidade de saldos migratórios positivos não basta por si só para compensar o envelhecimento demográfico. É necessário, também, um aumento da fecundidade que conduza a um número de nascimentos que, por sua vez, levará a um incremento das faixas etárias mais jovens. Uma das alternativas para a atenuação do envelhecimento demográfico passa pela conjugação de saldos migratórios e de níveis de fecundidade elevados, a par de um aumento da esperança média de vida, considerados no cenário elevado.

Em suma, as projeções demográficas do INE e do Eurostat convergem na ideia de que tanto Portugal como a UE-27 caminham no sentido de um envelhecimento demográfico mais acentuado para o horizonte de 2060, fruto da manutenção de baixos níveis de fecundidade que não asseguram a renovação de gerações e fazem diminuir o volume efetivo de jovens, bem como do aumento de indivíduos idosos. Dentro do grupo etário daqueles que têm 65 ou mais anos importa destacar, particularmente, o crescente peso daqueles que têm idade igual ou superior a 80 anos, tanto no contexto português como europeu. O Eurostat afirma que *“é esperado que a estrutura da população se torne mais velha, com uma mudança vincada no seu perfil etário, com os grupos mais velhos da população a representarem uma parte crescente do total do número de habitantes”* (2012a, p. 32). Prevê-se também um aumento da longevidade em todos os continentes, ainda que o processo de envelhecimento demográfico se espere ser mais rápido em países de baixos e médios rendimentos do que nos países desenvolvidos (idem). Uma hipótese de atenuação deste fenómeno radica na imigração. Todavia, o

facto dos imigrantes serem mais velhos do que as novas crianças nascidas não dota os fluxos migratórios de idêntica capacidade de atenuação do processo de envelhecimento como se se verificasse um aumento da fecundidade.

No Capítulo III demonstrámos que Portugal tem sido palco de uma desaceleração do seu ritmo de crescimento, fruto tanto da diminuição do seu crescimento natural em função de uma menor fecundidade e mortalidade, como da evolução do fluxo emigratório que marcou as dinâmicas demográficas do país nas décadas de 1960 e 1970 e que também na atualidade se faz sentir enquanto consequência do contexto de crise económica. As mulheres portuguesas não só têm menos filhos como a maternidade ocorre mais tardiamente, o que está subjacente à não renovação de gerações. Intimamente associado a este fator está o aumento da esperança média de vida, resultante de melhorias significativas na prestação de cuidados de saúde e no bem-estar dos indivíduos. Em conjunto, estes fatores conduziram a uma alteração significativa da estrutura etária portuguesa, tendencialmente com mais envelhecimento, tanto pelo peso relativo das pessoas com 65 ou mais anos como pela redução dos mais novos (15 e menos anos). Estas tendências demográficas refletem-se no andamento dos índices de envelhecimento e de dependência dos idosos. Não obstante as diferenças na génese e na escala, estas transformações demográficas são também observadas à escala europeia. Está marcada igualmente por um ISF que não assegura a renovação de gerações e por um progressivo envelhecimento demográfico do qual resulta um crescimento populacional muito reduzido ou mesmo negativo. Os dados indicam, portanto, que tanto Portugal como a UE-27 perderam o seu dinamismo demográfico tendência esta cuja manutenção se espera manter para o horizonte de 2060.

CAPÍTULO IV

Envelhecimento, Mercado de Trabalho e Políticas de Emprego

O envelhecimento demográfico abriu espaço à discussão de novas questões e à procura de respostas aos seus múltiplos desafios, nomeadamente ao nível da sustentabilidade dos sistemas de proteção social e do mercado de trabalho. As tendências demográficas apresentadas no Capítulo III tornaram evidente que, com exceção de um cenário pouco provável de aumento populacional motivado pelo aumento dos fluxos imigratórios ou pela inversão da tendência do saldo natural para valores positivos, a UE-27 e Portugal assistirão a uma diminuição da sua população ativa a qual terá progressivamente uma idade média maior. Se conjugarmos a idade média de abandono do mercado de trabalho, progressivamente maior atendendo ao desincentivo à aposentação antecipada e ao adiamento da idade legal de aposentação, com o aumento da esperança de vida, depreendemos a forte dificuldade dos Estados em manterem um crescimento económico sustentado que, por sua vez, se irá repercutir negativamente nas suas receitas fiscais, na sustentabilidade dos sistemas de proteção social, cada vez sob maior pressão em consequência do aumento da despesa decorrente do envelhecimento demográfico que, em conjunto, colocam em causa o modelo social e económico vigente em Portugal.

Neste capítulo começamos precisamente por apresentar os desafios que o processo de envelhecimento coloca ao mercado de trabalho discutindo, em seguida, o paradigma de envelhecimento ativo enquanto estratégia de ação face a esses mesmos desafios. Concluimos refletindo acerca dos processos de transição entre o tempo de trabalho e de aposentação focando, particularmente, os seus efeitos sobre os indivíduos.

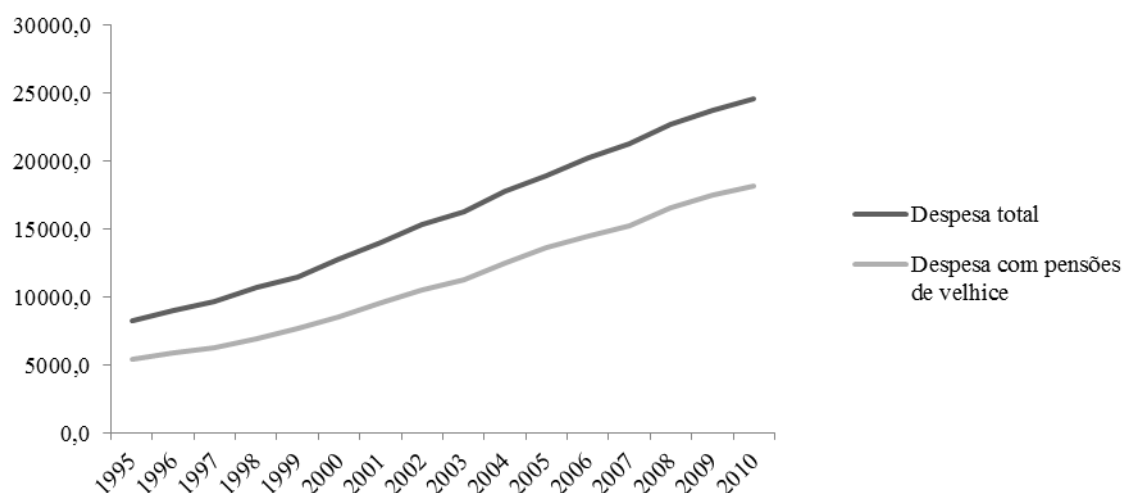
4.1. DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO AO MERCADO DE TRABALHO

Partilhamos a perspetiva de Guillemard (2010) de que a discussão sobre o envelhecimento deverá atender à evolução de três fatores interdependentes que constituem três dimensões centrais de análise: mercado de trabalho, sistemas de proteção social e a organização do ciclo de vida.

A principal resposta à evolução das dinâmicas demográficas, no sentido do envelhecimento populacional, tem sido dada ao nível do mercado de trabalho (Gonçalves; Dias, 2008). Exemplo disso tem sido a definição e reformulação da Estratégia Europeia de Emprego que a partir do início do século XXI passou a incluir uma diretiva específica para a promoção do envelhecimento ativo e para o aumento da participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. O aumento da taxa de emprego dos indivíduos mais velhos, particularmente entre os 55 e os 64 anos, e o prolongamento do tempo de trabalho, através do adiamento da idade de saída do mercado de trabalho, são entendidos pelo UE-27 como os principais meios para a garantia de um crescimento económico sustentado que possa, pelo menos em parte, atenuar os encargos financeiros decorrentes do envelhecimento demográfico.

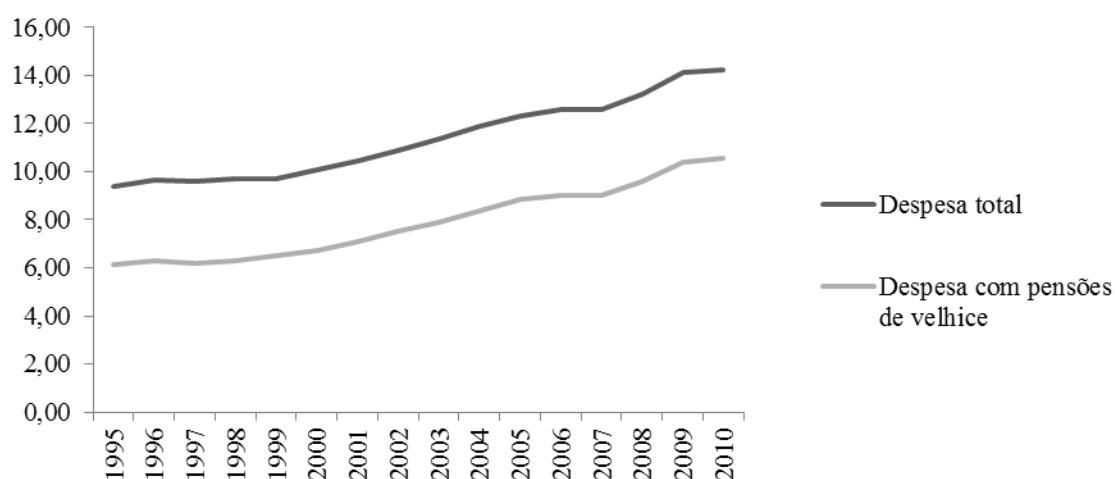
As medidas adotadas em concreto ao nível da passagem à aposentação têm-se focado na insustentabilidade económica da atual configuração dos sistemas de proteção social. Para melhor caracterizarmos as contas da proteção social em Portugal utilizamos como indicadores a despesa total com proteção social e com as pensões por velhice, tanto em volume absoluto, sobre o PIB, *per capita* e por indivíduo ativo.

A análise do andamento da despesa portuguesa com a proteção social ao longo das últimas décadas evidencia o aumento dos encargos com as prestações de proteção social. Entre 1995 e 2010, o valor absoluto de despesa com estas prestações triplicou, passando de 8 225,6 para 24 564,7 milhões de euros. Se atentarmos apenas nos encargos com o pagamento de pensões por velhice notamos que em 1995, 65,4% do valor afeto às pensões de proteção social foi alocado ao pagamento daquela rubrica. Cerca de uma década depois, Portugal já registava um aumento na ordem do dobro da despesa com o pagamento das pensões aos mais velhos. Os dados mais atuais relativos a 2010, indicam que 74,2% da despesa com pensões de proteção social foi destinada à rubrica de pensões por velhice, num total de 18 226,1€. O gráfico abaixo mostra inequivocamente o aumento gradual e contínuo dos encargos com o pagamento de prestações sociais, no seu todo e por velhice, entre 1995 e 2010.

Gráfico 3. Despesa absoluta com proteção social com pensões em Portugal (milhões €)

Fonte: INE, 2012.

O aumento absoluto dos encargos com o pagamento de pensões resultou numa maior pressão sobre as contas nacionais na medida em que o crescimento da riqueza portuguesa não acompanhou a evolução dos encargos com esta rubrica. Em consequência, ao longo das últimas décadas o montante destinado ao pagamento de pensões tem representado uma proporção crescente face ao PIB nacional. Em 1995, cerca de 9% do PIBpm nacional era destinado ao pagamento de pensões de proteção social. As despesas com o pagamento de pensões por velhice representavam cerca de 6% da riqueza bruta nacional. Deste então, tem-se observado um contínuo e gradual aumento da proporção da despesa com proteção social sobre o PIBpm. Em 2010 a despesa total com proteção social representava 14% do PIB nacional e aquela referente às pensões por velhice aproximadamente 10%. De uma análise atenta do gráfico abaixo apresentado observa-se que em 2007 e 2009 houve um aumento expressivo da despesa total e com pensões de velhice. Entendemos este aumento como resultado da corrida às aposentações que se verificou neste período em consequência das alterações operadas ao nível do Estatuto da Aposentação nomeadamente ao nível do adiamento da idade mínimo de passagem à mesma e à alteração da fórmula de cálculo das pensões. Em consequência, vários trabalhadores optaram pela aposentação (antecipada) por forma de evitarem as alterações produzidas ou mesmo que outras novas fossem produzidas.

Gráfico 4. Despesa com proteção social com pensões em Portugal em proporção ao PIBpm (%)

Fonte: INE, 2012.

Uma análise mais fina da evolução da despesa com proteção social revela que o aumento observado nestes encargos traduziu-se também num aumento desta rubrica *per capita* e por indivíduo ativo. Esta situação é resultado da combinação do aumento destes encargos com um crescimento populacional português praticamente nulo, o que significa que uma maior despesa é distribuída por um número relativamente estável de portugueses o que faz com que cada um suporte uma parcela tendencialmente maior da despesa.

Além disso, a diminuição da população ativa, resultante de uma baixa fecundidade e do consequente menor potencial de indivíduos ativos no futuro, associado a um aumento absoluto e relativo dos mais velhos e inativos, resulta num aumento gradual da despesa com proteção social por indivíduo ativo.

Quadro 19. Despesa com proteção social com pensões em Portugal *per capita* e por indivíduo ativo (€)

Anos	Per capita		Por indivíduo ativo	
	Total	Velhice	Total	Velhice
1995	819	535	1 808	1 182
1996	893	583	1 963	1 281
1997	961	617	2 091	1 344
1998	1 054	682	2 100	1 359
1999	1 129	757	2 240	1 503
2000	1 249	835	2 451	1 638
2001	1 360	924	2 638	1 793
2002	1 473	1 012	2 835	1 949
2003	1 559	1 080	2 990	2 072
2004	1 689	1 184	3 241	2 271
2005	1 795	1 289	3 422	2 458
2006	1 910	1 370	3 624	2 598
2007	2 010	1 437	3 799	2 715
2008	2 137	1 558	4 037	2 943
2009	2 237	1 650	4 263	3 144
2010	2 309	1 713	4 402	3 266

Fonte: INE, 2012.

No caso da saúde espera-se também um aumento da pressão financeira com os encargos decorrentes da prestação de cuidados de saúde. Do ponto de vista demográfico, o aumento da esperança de vida, o necessário reforço dos cuidados geriátricos, o desenvolvimento de “novas” doenças e a acentuação dos gastos com saúde, concentração dos recursos combinados com fatores ligados à produtividade, nomeadamente ao nível do progresso tecnológico, à medicina defensiva e à tecnologia mais cumulativa constituirão importantes desafios e encargos económicos (Félix, 2002).

As transformações no mercado de trabalho em Portugal são historicamente tributárias de processos de reconfiguração além do envelhecimento da sua população ativa. Este sofreu os efeitos da entrada da mulher no mundo do trabalho, de um mais fácil acesso à escola e ao consequente aumento da escolaridade da população, à terciarização das atividades laborais, à proliferação de formas atípicas e tendencialmente mais flexíveis e instáveis de trabalho, ao aumento das taxas de desemprego, transformações enformadas num quadro de desigualdades salariais com base, nomeadamente, no género (Gonçalves, 2009; Rodrigues, 2007).

O envelhecimento da mão-de-obra é hoje entendido enquanto um elemento determinante das dinâmicas do mercado de trabalho a nível europeu, não obstante o reconhecimento das especificidades de cada país membro (Lopes; Gonçalves, 2012). As

consequências políticas, económicas e sociais do envelhecimento demográfico colocam-no atualmente na ribalta das estratégias políticas nacionais e supranacionais em dois principais níveis: na definição e implementação de estratégias de promoção do emprego, sobretudo entre os trabalhadores mais velhos; na procura de soluções face à insustentabilidade das configurações vigentes até muito recentemente dos regimes de proteção social e de pensões atendendo aos elevados encargos associados ao apoio aos mais velhos (nomeadamente pela prestação de cuidados de saúde) e ao pagamento de prestações de aposentação a um número crescente de indivíduos com uma esperança média de vida também em evolução.

O processo de envelhecimento individual e social significou também uma alteração da lógica geracional dominante durante décadas, a qual se baseava na premissa de que o sistema de proteção social era sustentado por uma “passagem de testemunho” entre gerações: a população ativa financiava o pagamento de pensões à população inativa reformada na expectativa da população inativa jovem, que a antecede financiar depois o pagamento das suas pensões. Contudo, o futuro será marcado por uma quebra desta lógica acompanhado por uma certeza: os custos serão tendencialmente maiores e os benefícios incertos e em ordem decrescente.

Ao transmitir representações sobre o papel de cada grupo etário para a harmonia entre gerações, a lógica de solidariedade intergeracional assegurava a própria identidade de cada geração (Mendes, 2005b). Todavia, a diminuição da população ativa e o simultâneo aumento absoluto e proporcional dos mais velhos e inativos tornaram necessário um novo contrato social entre gerações para mitigar os novos riscos sociais oriundos de trajetórias sociais descontínuas e incertas (Guillemard, 2003). Trata-se, portanto, de alcançar um novo modelo de relação intergeracional num contexto de uma “nova incerteza” que, ao nível das relações laborais, tendencialmente mais flexíveis, ocorra por duas vias: (i) a concessão de um lugar central ao indivíduo e à sua requalificação no mercado que assegure a sua trajetória profissional, sendo aqui secundário o papel do Estado; (ii) por via de uma fórmula de direitos sociais (através do subsídio de desemprego, formação, inatividade, etc.) ou de mercados transitórios, privilegiando as regulações coletivas e a coordenação entre diferentes atores, como o Estado, sendo então mais relevante o papel deste.

O novo panorama do envelhecimento demográfico implica uma partilha dos riscos sociais do envelhecimento (nomeadamente da doença, da dependência, da falta de recursos, da solidão, do enfraquecimento ou da quebra de sociabilidades). As respostas

a estes riscos não se podem basear numa “*segmentação artificial das respostas*” mas sim na “*integração das eventualidades sociais [e não na] sua compartimentação*” (Félix, 2002). Torna-se também necessária uma nova configuração do Estado-Providência que providencie respostas integradas para o envelhecimento e de sensibilização da população para a realidade do envelhecimento e dos seus desafios.

Os resultados de toda a produção em torno do fenómeno do envelhecimento confirma o seu carácter estrutural e a inevitabilidade da manutenção, e porventura agravado, dos desafios que este representa, no presente e no futuro, aos Estados, às sociedades e aos indivíduos. Em particular, destacam-se dois: (i) a pressão financeira e económica sobre os sistemas de proteção social, nomeadamente ao nível da prestação de cuidados de saúde aos mais velhos e do pagamento de pensões; (ii) a necessidade de alterar as dinâmicas do mercado de trabalho, procurando aumentar as taxas de emprego dos mais velhos, num contexto de inovação e crescente competitividade. Estes dois desafios estão intrinsecamente relacionados, na medida em que o prolongamento da atividade profissional dos mais velhos e a sua (re)inserção no mercado de trabalho podem duplamente aliviar a pressão sobre os sistemas de pagamento de pensões: por haver um menor volume de pensionistas e por haver um maior número daqueles que se mantêm no ativo e, portanto, continuam a contribuir para o sistema.

Ao incentivarem o prolongamento temporal da trajetória profissional e promoverem o aumento da taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos (55-64 anos), os Estados têm procurado, então, adequar o momento da saída do mercado de trabalho ao aumento da esperança média de vida observado nas últimas décadas. Desta forma, procuram aliviar a pressão económica das pensões, que passarão a ser pagas tendencialmente mais tarde e durante menos anos, ao mesmo tempo que dinamizam o mercado de trabalho através do aumento das taxas de emprego entre os mais velhos.

A aproximação da geração *baby-boom* à reforma foi acompanhada pela já discutida diminuição da taxa de fecundidade. Resulta daqui um maior volume de indivíduos a sair do mercado de trabalho e um menor daqueles que entram. Menos população ativa significa um menor número de contribuintes e, portanto, menores receitas para o Estado pela diminuição do pagamento de impostos e contribuições. Esta diminuição das receitas é particularmente gravosa no atual momento de crise económica pela qual passam vários países, incluindo Portugal. Assim, as respostas dos Estados às consequências e desafios do envelhecimento demográfico devem ter um longo alcance, perspetivando não só a atenuação dos seus efeitos no presente mas, além disso,

preparando as sociedades para o futuro as quais, como demonstrámos no Capítulo III, terão uma população tendencialmente mais envelhecida. Importa, então, apostar em reflexões profundas sobre as origens e consequências, atuais e futuras, do processo de envelhecimento demográfico na procura de estratégias que garantam o apoio adequado aos mais velhos.

Não obstante o reconhecimento dos diferentes graus de impacto do processo de envelhecimento na UE-27, a própria organização reconhece que o envelhecimento representa desafios para todos os sistemas de bem-estar social e para as finanças públicas. É por isso mesmo que afirma que *“lidar com uma população envelhecida irá requerer aumentos substanciais nas despesas com pensões públicas e com cuidados de saúde a longo-prazo como uma proporção do PIB”* (Comissão Europeia, 2012a, p. 6).

Face à insustentabilidade dos atuais sistemas de pagamento de pensões, os Estados têm apostado em políticas de incentivo ao prolongamento da atividade profissional, seja por alteração das condições de passagem à reforma (nomeadamente pelo aumento da idade mínima legal), seja pelo desincentivo à reforma antecipada. Têm, ainda, direcionado esforços para o aumento da taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos fora do mercado de trabalho, nomeadamente em situação de desemprego. Paralelamente têm sido feitos esforços no sentido de combater obstáculos à permanência dos mais velhos no mercado de trabalho, nomeadamente a fenómenos de discriminação no acesso e na manutenção no trabalho com base na idade (Comissão Europeia, 2011). Também a Organização Internacional do Trabalho tem encetado esforços no sentido de discutir e definir estratégias de combate à discriminação etária, sendo exemplo disso o *Simpósio sobre as Respostas das Empresas aos Desafios Demográficos* de 2009. Neste encontro reuniram-se investigadores, pensadores e grandes empresas que foram desafiados a conceber planos de apoio às empresas no momento da definição e implementação de programas e políticas que propiciassem condições dignas e produtivas de trabalho e de emprego para os trabalhadores mais velhos. Foi grande objetivo deste *Simpósio* *“demonstrar como a manutenção e o recrutamento desses trabalhadores [mais velhos] pode ser uma parte integrante e compatível com uma gestão empresarial competitiva e produtiva”* (OIT, 2011, p.72).

O declínio do tamanho da população ativa europeia esperada vai, provavelmente, traduzir-se em taxas de crescimento económico *per capita* mais lentas em consequência de uma insuficiência da força de trabalho e de competências (Eurostat, 2012a). A atenuação deste cenário passa pelo aumento da produtividade laboral, de

níveis mais elevados de imigração e de taxas de fecundidade mais altas, sem esquecer um elemento central, que é o aumento da participação dos mais velhos no mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2012a). Contudo, a inversão da tendência de incentivo à saída dos mais velhos do mercado de trabalho não se relaciona apenas com um problema de natureza financeira que visa atenuar a pressão sobre os sistemas de proteção social. Trata-se, também, de um problema com os tempos do ciclo de vida, mais propriamente de equilíbrio entre o tempo de trabalho e o tempo de inatividade, sobretudo no atual cenário de aumento da esperança de vida (Guillemard, 2003).

O tempo de inatividade dos indivíduos em consequência, nomeadamente, da aposentação, tem inerente a experiência de múltiplas situações, nomeadamente a de marginalização face ao mercado de trabalho. Este fenómeno resulta de uma construção social havendo, portanto, oportunidade para um reposicionamento do papel dos trabalhadores mais velhos, a qual passa pela consideração da interdependência entre sistemas de proteção social, políticas de emprego, dinâmicas de relações profissionais e os contextos empresariais de cada país. A influência dos contextos sociais sobre as taxas de emprego dos trabalhadores mais velhos, nomeadamente ao nível das condições oferecidas e dos incentivos à sua permanência no mercado de trabalho tem sido amplamente frisada por (Guillemard, 2003, 2010). Em concreto, a autora identifica quatro aspetos determinantes: as políticas públicas de emprego e de proteção social para trabalhadores mais velhos, as estruturas normativas que estão na base de construções sociais sobre a idade, as estratégias de coordenação e organização, nomeadamente em situações de conflito, entre os intervenientes no mercado de trabalho e, ainda, as transformações, potenciadores de conflito, ocorridas ao nível do mercado de trabalho.

Guillemard (2010) procedeu a um extenso trabalho de comparação entre políticas públicas e estratégias adotadas por várias países enquanto resposta ao envelhecimento demográfico, não só do ponto de vista da sustentabilidade dos sistemas de proteção social mas também do seu impacto nas dinâmicas do trabalho. A autora procurou entender, portanto, como é que atualmente se pensam os tempos de inatividade, atividade e formação, focando especialmente os riscos sociais emergentes em várias idades. Com o seu trabalho tem procurado demonstrar que o envelhecimento pode constituir uma oportunidade e não necessariamente um problema social.

Apesar da discussão em torno do envelhecimento demográfico ser eminentemente política, tem sido acompanhada e alimentada pelo desenvolvimento teórico e concetual de várias ciências que se têm dedicado ao estudo deste processo. De

facto, também a produção científica acompanhou os impactos do processo de transição demográfica, discutindo as suas implicações e dando importantes *outputs* para as medidas políticas seguidas neste domínio. Assim, à preocupação política com a procura de respostas aos desafios do envelhecimento demográfico correspondeu uma orientação científica, particularmente no domínio da Sociologia, orientada para a produção de conhecimento científico de sustentação às intervenções políticas. Não obstante a preocupação científica sobre o envelhecimento se ter iniciado no âmbito da Economia, numa perspetiva mais economicista decorrente dos custos associados ao envelhecimento, a Sociologia tem assumido um papel de crescente importância neste domínio de análise. A importância da investigação sociológica sobre o envelhecimento demográfico justifica-se por este constituir um fenómeno social total com múltiplas causas e consequências e, assim, por se revestir de uma natureza eminentemente sociológica. O contributo da Sociologia na análise do envelhecimento tem-se revelado vital para uma compreensão mais alargada da multiplicidade de dimensões que abarca e, em concreto, para a compreensão dos processos de estratificação social com base na idade (Crystal, 2007).

Uma importante utilização do conhecimento produzido pela Sociologia é feita na definição e implementação de políticas sociais direcionadas para os mais velhos que procuram, nomeadamente, proceder a uma redistribuição e a uma redução das desigualdades sociais. Neste âmbito, a produção científica da Sociologia, não obstante a relevância de outras áreas, assume-se como fundamental na leitura do fenómeno do envelhecimento, atendendo ao contexto espacial e temporal, decorrendo daí uma visão mais clara dos seus impactos e das possibilidades de intervenção. O papel da Sociologia na definição e aplicação de estratégias de resposta ao fenómeno do envelhecimento remete-nos para o conceito de Sociologia Pública proposto por Michael Burawoy (2006). O autor desenvolveu este conceito tendo como base a sociologia norte-americana, não obstante a possibilidade de considerarmos as pistas de análise lançadas pelo autor a outras realidades, nomeadamente ao campo sociológico português. O trabalho do autor abriu portas para uma reflexão acerca dos destinatários e dos objetivos da sociologia. Trata-se de uma sociologia pública orientada para a emancipação da sociedade civil por via da identificação e exploração dos pontos de ligação entre problemas de natureza privada e individual, como é o caso do envelhecimento dos indivíduos, e os desafios que se colocam à sociedade e que decorrem dos primeiros. A Sociologia Pública implica, portanto, uma relação mais próxima entre o sociólogo e o

público, entre a produção científica e os problemas que se colocam à sociedade e aos indivíduos. É aqui precisamente que podemos situar o papel da sociologia na produção de conhecimento acerca do envelhecimento que, como demonstrámos em momentos anteriores, coloca sérios desafios aos indivíduos, organizações e sociedades.

A Sociologia Pública é um dos quatro tipos de sociologia diferentes propostos por Burawoy que não se excluem mas, pelo contrário, devem coexistir. O primeiro refere-se à sociologia profissional, realizada no meio académico e orientada para a produção académica. A segunda, também de natureza académica, é a sociologia crítica, mais vocacionada para a discussão da natureza da sociologia. Os outros dois tipos não têm a mesma vocação académica dos anteriores. Apesar de diferentes, os outros dois tipos partilham componentes das anteriores. O primeiro é a sociologia aplicada orientada para a implementação de políticas públicas, para a tomada de decisão e para resultados mais imediatos e práticos. O quarto e último refere-se então à sociologia pública que pressupõe o envolvimento do sociólogo para além do mundo académico, estando orientado para públicos com os quais estabelece redes de comunicação pelas quais percebe a relevância da produção científica sociológica. A sociologia pública tem, então, um cariz mais “instrumental”. Envolve um trabalho mais próximo com associações, organizações e outros movimentos sociais que atestam e reforçam a sua ligação à sociedade civil.

Para Alain Touraine (2009) a sociologia pública significa a superação da contradição entre a sociologia profissional e a sociologia crítica e uma oportunidade para a procura de respostas e alternativas diferentes das existentes. Significa, portanto, novas formas de pensar e agir sobre o fenómeno do envelhecimento e as suas consequências no mundo do trabalho. Concretamente, deverá definir estratégias de prolongamento da vida ativa de um número tendencialmente maior de trabalhadores mais velhos que, durante um longo período, previam terminar a sua vida ativa numa dada altura, expectativa essa existente e alimentada pela própria sociedade. É por isto mesmo que Touraine afirma que a sociologia pública implica que a sociologia profissional se intrometa no espaço público de forma a que, assim, o conhecimento que produz possa ser aplicado, respondendo às questões sociais que decorrem do envelhecimento. Acrescenta que a importância da sociologia profissional sobre a pública passa não só pelas normas metodológicas que lhe impõe mas, sobretudo, porque a teoria social produzida por esta última se baseia não só no trabalho empírico mas, também, em abordagens teóricas que são fundamentais “*para descobrirmos em que*

setores da vida social a sociologia «comprometida» poderá, com sucesso, tornar clara a natureza dos problemas sociais e as condições de programas de reforma política e moralmente eficazes” (Touraine, 2009, p. 246).

Todo este processo se enquadra na modernidade reflexiva enquanto processo de procura de novas práticas e representações de um mundo em permanente mudança e significativamente diferente do existente até então, mais estável e equilibrado. De facto, os desenvolvimentos alcançados com a modernização das sociedades acarretam um conjunto importante de conquistas mas, também, de riscos. É por isso que Beck considera que atualmente vivemos numa sociedade de risco. Podemos concretizar esta situação com as fantásticas conquistas alcançadas em termos do aumento da esperança de vida e de um maior bem-estar físico e psicológico da generalidade da população, associado a um conjunto de transformações com impacto nos padrões de natalidade, que se traduzem num progressivo envelhecimento da população associado a estes riscos. Estes passam, no caso do mercado de trabalho, pelo crescente peso da população inativa sobre a ativa, pela necessidade de prolongar a trajetória profissional dos indivíduos, de forma a, entre outros aspetos, aliviar a carga do pagamento de aposentações, e consequentemente refletir e definir estratégias que não só incentivem ao prolongamento da vida ativa como minimizem os riscos associados, nomeadamente ao nível da ocorrência de fenómenos de discriminação e de desadequação. Há portanto um conjunto de riscos generalizados que se colocam aos indivíduos e à sociedade. Esta sociedade de risco implica também um conjunto de transformações ao nível do trabalho, concretamente por uma maior flexibilização e precariedade das formas de trabalho. É uma sociedade mais dinâmica, com separação entre espaço e tempo e onde os mais velhos, particularmente, podem sentir dificuldades na adaptação e acompanhamento destas rápidas mudanças, nas formas de comunicar, na utilização das novas tecnologias, entre outras dificuldades.

Pelo exposto anteriormente, podemos afirmar que uma importante utilização do conhecimento produzido pela Sociologia é feita na definição e implementação de políticas sociais direcionadas para os mais velhos que procuram, nomeadamente, proceder a uma redistribuição e a uma redução das desigualdades sociais. Neste âmbito, a produção científica da Sociologia, não obstante a relevância de outras áreas, assume-se como fundamental na leitura do fenómeno do envelhecimento, atendendo ao contexto espacial e temporal, decorrendo daí uma visão mais clara dos seus impactos e das possibilidades de intervenção.

Contudo, esta preocupação científica da Sociologia sobre o envelhecimento tem sido marcada por uma forte orientação empirista (Lopes; Lemos, 2012) direcionada para a procura de um entendimento mais claro da experiência da velhice, em simultâneo com um parco desenvolvimento teórico. Não obstante, têm proliferado contributos teóricos sobre o envelhecimento que têm ajudado na construção das perspetivas do curso de vida que apresentámos no Capítulo II e que, na atualidade, possibilitam uma análise mais completa e abrangente do envelhecimento.

A orientação empirista da análise sociológica do envelhecimento tem sido particularmente importante para a caracterização da população ativa portuguesa mais velha. Este conhecimento é fundamental para a definição e aplicação de estratégias de fomento do emprego entre os segmentos etários mais velhos. De seguida iremos proceder precisamente à apresentação das principais características da população ativa, focando especialmente os trabalhadores mais velhos.

A importância de traçarmos o retrato da força de trabalho europeia e portuguesa, tanto no presente como no futuro, decorre da existência de *“intricadas relações entre as dinâmicas do mercado de trabalho e os processos demográficos [pelo que] o envelhecimento demográfico repercute-se no volume e na estrutura etária da população ativa”* (Kuhn e Ochsen cit. por Lopes; Gonçalves, 2012). Nesta análise serão utilizados dados estatísticos respeitantes à evolução até ao presente, bem como os cenários demográficos até 2060.

Os dados mais recentes do INE (2012c) indicam que em 2011 existiam 5 543 200 portugueses ativos. Destes, 1 955 700 tinham idade entre os 45 e os 64 anos e 282 600 igual ou superior a 65 anos. No mesmo ano, os inativos totalizavam 5 103 500, sendo que destes 16,6% tinham idade entre os 45 e os 64 anos e 32,5% tinham 65 ou mais anos. O volume de idosos era inferior ao do grupo etário até aos 15 anos, o que traduz o crescente peso dos mais velhos sobre os mais jovens. A diminuição destes últimos poderá ser entendida à luz de um processo de envelhecimento demográfico na base, pela redução da taxa de fecundidade e, conseqüentemente, dos potencialmente ativos, bem como pelo prolongamento das trajetórias escolares. Relativamente à taxa de emprego, os dados disponibilizados pelo INE reportam a 2010 e indicam a taxa de 49,2% para aqueles com idade entre 55 e 64 anos e 16,2% para 65 ou mais anos. Quanto à taxa de desemprego, importa referir que no mesmo ano, 61,0% dos portugueses ativos com idade entre os 55 e os 64 anos estavam desempregados. A situação do desemprego entre os mais velhos é particularmente grave porque sedimenta *“a sua desqualificação*

social, económica e profissional, conduz à aceleração da sua transição para a inatividade, seja na condição de reformados ou, então, se não possuem os requisitos legais, de inativo disponível ou desencorajado” (Lopes; Gonçalves, 2012).

Para efeitos de comparação entre as características da população ativa de Portugal e da UE-27 utilizaremos os dados apresentados no relatório *Active ageing and solidarity between generations* e que se referem ao ano de 2010 (Eurostat, 2012a). Neste ano, a população ativa da UE-27 era constituída por 58,1 milhões de pessoas com idade entre os 50 e os 64 e por 4,1 milhões com 65 ou mais anos. No seu conjunto, os ativos com 50 ou mais anos correspondiam a cerca de um quarto da população ativa europeia. Por sua vez, a população inativa com idade entre os 50 e os 64 anos totalizava 37,2 milhões de pessoas no mesmo ano. Os principais motivos indicados pelos indivíduos em situação de inatividade no segmento etário anterior foram a aposentação (antecipada), a opção pela não procura de emprego ou, ainda, pelo facto de nunca terem trabalhado. Relativamente aos indivíduos com 65 e mais anos, a taxa de inatividade registada em 2010 foi de 81,2%, o que revela uma clara opção pelo não prolongamento da atividade profissional após a idade de aposentação que, para a maioria dos países europeus, se situa precisamente em torno dos 65 anos. Dados do mesmo relatório mas referentes, em concreto, a Portugal, indicam que em 2010 a população ativa portuguesa com idade entre os 50 e os 64 anos totalizava cerca de 1,27 milhões de indivíduos, ou seja, 24,3% do total de ativos. Cerca dos indivíduos ativos neste segmento etário estavam, contudo, desempregados.

Quadro 20. Indicadores sobre a população ativa e inativa com idade entre os 55 e os 64 anos

Anos	População ativa						População inativa (milhares)	
	Empregados (milhares)		Desempregados (milhares)		% face à população ativa com 15 a 64 anos			
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
UE-27	40 988	5 408 0	3 100	4 017	20,1	24,7	39 483	37 420
Portugal	1 019	1 167	37	110	21,5	24,3	680	716

Fonte: adaptado de Eurostat, 2012.

Os dados do quadro anterior retirados do relatório *Active ageing and solidarity between generations* evidenciam um aumento da população ativa com idade entre os 50 e os 64 anos entre 2000 e 2010. Este aumento foi observado tanto na UE-27 como em Portugal. O Eurostat justifica primeiramente estes dados com as alterações observadas

nas estruturas demográficas da generalidade dos países europeus, isto é, da inversão da pirâmide demográfica enquanto expressão do envelhecimento demográfico. Além disso, frisa o impacto da chegada da geração *baby-boom* à idade de aposentação e, portanto, para a transição à inatividade em termos laborais. Não obstante, o Eurostat refere a importância do abrandamento da tendência de recurso à aposentação antecipada verificada durante décadas na generalidade dos países europeus para a atenuação do aumento das fileiras de população inativa. No caso português recordamos, contudo, que as recentes alterações ao Estatuto da Aposentação surtiram um forte efeito no aumento ao recurso à aposentação antecipada enquanto estratégia de escape às novas condições de acesso e usufruto da mesma, nomeadamente pela redução do valor das pensões.

No mesmo relatório, o Eurostat revela que entre o final de 2008 e o início de 2011, a crise financeira e económica experienciada por vários países acarretou uma diminuição em 2,5 pontos percentuais da taxa de emprego da população com idade entre os 15 e os 64 anos. Todavia, para a população ativa com idade entre 50 a 64 anos observou-se, no mesmo período, um aumento de 5,8% da respetiva taxa de emprego. Também para aqueles com idade igual ou superior a 65 ou mais anos se observou um aumento de 4,1% na taxa de emprego. Numa lógica de análise por sexo, importa referir que em 2010 cerca de metade das mulheres europeias (50,6%) com idade entre os 50 e os 64 anos não estavam empregadas.

Relativamente aos moldes de permanência no mercado de trabalho, dados do mesmo relatório do Eurostat indicam que em 2010 cerca de um quinto da força de trabalho da UE-27 com 50 a 64 anos estava empregada a tempo parcial, aumentando para pouco mais de metade entre aqueles com 65 ou mais anos. As principais razões para o exercício profissional a tempo parcial foram *outras razões* (37,9%), *responsabilidades pessoais ou familiares* (23,6%) e a *dificuldade em encontrar um trabalho a tempo inteiro* (22,8%). Também os indivíduos com 65 ou mais anos invocaram sobretudo *outras razões* (63,6%), seguidas de *responsabilidades pessoais e familiares* (24,4%) enquanto motivações para o trabalho a tempo parcial.

A prevalência da indicação de *outras razões* é entendida enquanto reflexo da opção por uma transição gradual entre a condição de ativo e inativo através de uma redução gradual do número de horas trabalhadas. Desta forma, os indivíduos procuram mitigar os efeitos de uma saída brusca do mercado de trabalho e da consequente necessidade de adotar estilos de vida substancialmente diferentes dos anteriores o que, nomeadamente, se reveste de extrema importância ao nível da atenuação dos efeitos

psicológicos da aposentação (Fonseca, 2011). Além disso, há que considerar o impacto económico da passagem à aposentação, uma vez que o montante das pensões tende a ser inferior aos salários e, portanto, os indivíduos passam a ter um menor rendimento disponível. O trabalho a tempo parcial pode resultar, então, numa estratégia para obtenção de rendimentos além da prestação de aposentação que garantam a sobrevivência dos indivíduos ou a manutenção/adoção de outros estilos de vida. A este respeito, importa considerar que nos países do Norte da Europa a principal fonte de rendimento a partir dos 55 anos vem das pensões, enquanto no sul da Europa é proveniente do trabalho. Tal implica que nestes segundos países as pensões, como têm um valor mais baixo levem os indivíduos a prolongar a sua estadia no mercado de trabalho, o que faz com que algumas das tendências anteriormente descritas sejam especialmente sentidas no sul da Europa. Um inquérito realizado por Walker (1996) na década de 1990 evidenciava já a relevância do trabalho enquanto meio de sustento dos idosos portugueses, na medida em que Portugal era um dos países onde estes mais afirmam que a pensão que auferiam era insuficiente para fazer face às suas despesas. A relevância atribuída ao trabalho a tempo parcial remete-nos necessariamente para a sua importância ao nível das políticas de fomento do emprego entre os segmentos etários mais velhos.

Um dos retratos da população ativa portuguesa com mais de 55 anos foi realizado por Ana Alexandra Fernandes (2007a). Do seu trabalho destacamos as seguintes tendências: o aumento ligeiro da taxa de emprego deste segmento etário nos últimos anos; a existência de uma taxa de desemprego masculino superior à feminina, situação contrária ao que sucede com a população ativa total; o aumento do desemprego entre as mulheres com idade neste escalão face ao total de desemprego feminino; o aumento do peso relativo do desemprego na população desta faixa etária ao longo dos últimos anos; aumento do peso relativo do desemprego de longa duração. Da caracterização da população ativa portuguesa desenvolvida por esta autora resultaram duas tipologias de trabalhadores mais velhos em Portugal. A primeira agrega os indivíduos com baixas qualificações, baixos rendimentos, maior suscetibilidade a situações de desemprego, sobretudo de longa duração. Na segunda incluem-se aqueles que possuem médias/altas qualificações, rendimentos mais elevados, taxas de participação no mercado de trabalho mais alargadas e vontade de permanecerem durante mais tempo em atividade. O objeto empírico da investigação que desenvolvemos comunga precisamente as características deste segundo conjunto de trabalhadores. De

facto, comum aos dois grupos profissionais considerados foi o facto de todos possuírem formação académica superior, essencialmente ao nível da licenciatura, e auferirem salários superiores à média salarial portuguesa. Não obstante, reconhecemos que a escolaridade e os salários são sobretudo elevados entre os médicos da nossa amostra. Os dois grupos profissionais estudados não comungam entre si a característica relativa ao maior desejo de prolongamento da atividade profissional que Fernandes associa à segunda tipologia de trabalhadores. Na verdade, como desenvolveremos mais à frente, enquanto os médicos que inquirimos afirmaram, na sua maioria, vontade de prolongarem a sua atividade profissional, já o maior volume de enfermeiros manifestou o seu desejo de aposentação. No que se refere à participação no mercado de trabalho, se nos basearmos numa lógica comparativa entre os dois grupos profissionais numa dimensão nacional (dado que todos aqueles que inquirimos estavam empregados e, portanto, participavam ativamente no mercado de trabalho) notamos que são os médicos aqueles que têm uma maior participação laboral (com uma taxa de desemprego perto de zero), contrariamente aos enfermeiros entre os quais é crescente a taxa de desemprego.

Numa análise comparativa entre a realidade portuguesa e europeia, importa ainda destacar que, face aos restantes países membros da UE-27, Portugal apresenta níveis baixos de escolaridade, uma baixa percentagem de pessoas com formação profissional, os mais baixos níveis de rendimento médio, taxas de participação elevadas, com destaque para as mulheres, baixas taxas de desemprego registadas e as mais altas médias de passagem à reforma quer para os dois sexos.

A um número elevado de trabalhadores mais velhos corresponde, necessariamente, uma maior probabilidade de transição para uma situação de inatividade pela passagem à aposentação. No que concerne aos padrões de transição entre o trabalho e a reforma, no relatório *The transition of women and men from work to retirement* (Romans, 2007), apresentado pela Comissão Europeia, foi analisada informação do *EU Labour Force Survey*. Os resultados obtidos evidenciaram alguns comportamentos comuns a todos os Estados-membros: em média, as mulheres reformam-se mais cedo; em todos os países a saída do mercado de trabalho é precoce face à idade de saída oficial o que vai de encontro à tendência para a reforma antecipada já abordada; apenas uma pequena percentagem de indivíduos começa a trabalhar menos horas com o aproximar da aposentação; poucas pessoas trocam o trabalho a tempo inteiro para o tempo parcial nos anos anteriores à reforma.

Relativamente ao volume de aposentados no futuro, a Comissão Europeia apresentou o relatório *Employment policies to promote active ageing* (Comissão 2012a) no qual prevê que o aumento do número de aposentados possa exceder, eventualmente, o número de novos trabalhadores a entrar no mercado de trabalho. Considera que este cenário será resultado, nomeadamente, da diminuição da taxa de fecundidade e, portanto, de população potencialmente ativa, bem como pelo prolongamento temporal das trajetórias escolares. Segundo um estudo da OCDE (2006), se os padrões respeitantes ao trabalho e à reforma nos países europeus não sofrerem alterações, em 2050 o rácio de dependência na UE-27 será de um idoso inativo por cada trabalhador.

Segundo dados do Eurostat (2012c), em 2006 uma em cada seis pessoas reformou-se por ter perdido o emprego ou por ter tido problemas no seu contexto de trabalho. Uma análise mais fina das realidades da UE-27 e de Portugal revela que os indivíduos com idade entre os 50 e os 69 anos que se reformaram neste ano fizeram-no essencialmente por terem *atingido a idade de reforma ou por terem preferido deixar de trabalhar* (61,3% versus 54,0), por *motivos financeiros ou de saúde* (22,3% versus 31,6%) e ainda em consequência da *perda de emprego ou problemas relacionados com este* (15,5% versus 14,5%). Em 2011, um inquérito na UE-27 sobre as razões pelas quais as pessoas deixavam de trabalhar a partir dos 55 anos salientou a falta de flexibilidade na redução de horas de trabalho, a exclusão de sistemas de formação e a atitude dos empregadores. Esta perspetiva foi partilhada, em idêntica medida, por todos os grupos etários.

As atitudes e perceções face ao envelhecimento e ao trabalho da população portuguesa, nomeadamente no que se refere à passagem à aposentação, são apresentadas num estudo coordenado por Centeno (2007). Os resultados obtidos indicam que a baixa parcela de indivíduos que optaram por continuar a desenvolver uma atividade profissional após a aposentação fê-lo por contra própria. As razões invocadas para a continuidade de uma atividade profissional revelaram-se diferentes em função do grau de habilitações dos inquiridos. Os menos escolarizados sustentaram a sua opção pela continuidade do exercício de uma atividade essencialmente pela necessidade de maiores rendimentos, o que se coaduna com a tendência já observada para a realidade europeia. Este facto evidencia a perspetiva do trabalho essencialmente enquanto meio de sobrevivência. Por sua vez, os inquiridos mais escolarizados justificaram a sua decisão sob o argumento de que, continuando a exercer uma atividade profissional, teriam um maior sentimento de utilidade e de ocupação do tempo disponível. Esta segunda posição

remete-nos para o trabalho enquanto oportunidade de participação social e de valorização dos próprios indivíduos. Os inquiridos que optaram por não continuar a trabalhar indicaram sobretudo motivos de saúde e a não necessidade (económica).

No mesmo estudo, Centeno e a sua equipa questionaram os inquiridos acerca da idade que consideravam adequada para a passagem à aposentação. Cerca de metade afirmou que esta deveria acontecer antes dos 65 anos, opinião particularmente expressa pelos inquiridos mais velhos e por aqueles com um menor nível de habilitações.

No que respeita à participação dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho, uma expressiva maioria dos participantes no estudo de Centeno (70%) mostrou-se contra a definição de limites etários para a contratação nas empresas, opinião sobretudo manifestada por aqueles com maior idade. Relativamente à preferência das organizações pela contratação de trabalhadores mais jovens, os inquiridos que se mostraram concordantes argumentaram que a uma idade mais baixa correspondente uma maior capacidade de adaptação. Por sua vez, aqueles que se mostraram discordantes com esta preferência invocaram que os mais velhos têm uma maior experiência acumulada e que são ainda úteis. Este aspeto remete-nos para os resultados de um outro estudo desenvolvido por Fonseca (2011) pelo qual o autor concluiu que a experiência dos trabalhadores mais velhos é um importante mecanismo de adaptação a novas exigências e dinâmicas do mercado de trabalho e do exercício profissional. Vai de encontro, ainda, à importância da prevalência de uma lógica de valorização da idade funcional e não da cronológica para a qual Guillemard (2003) chama a atenção, na lógica de que o envelhecimento, apesar de inevitável, se manifesta de diferentes formas nos indivíduos tendo, portanto, uma forte componente subjetiva, seja ao nível do declínio físico ou psicológico. Partilhamos então a ideia de que caminhamos, ainda que de forma lenta, para uma sociedade sem idade na medida em que esta deixou de ser um bom preditor de comportamentos e valores.

Ainda a respeito das políticas de recursos humanos das empresas, cerca de metade dos inquiridos no estudo coordenado por Centeno afirmou não concordar com a dispensa de trabalhadores mais velhos num cenário de conjuntura difícil. Uma análise mais fina revelou um dado curioso: foram os trabalhadores mais velhos, isto é, com mais de 55 anos, aqueles que, pelo contrário, mais concordaram com a dispensa dos mais velhos num cenário de crise, argumentando que a sua saída permitiria o (re)ingresso dos indivíduos mais jovens no mercado de trabalho.

No que concerne à existência de situações de discriminação, uma expressiva maioria dos inquiridos por Centeno e a sua equipa (80%) concordaram com a afirmação de que existem situações de discriminação em contexto de trabalho. Metade destes afirmou que esta é particularmente notória ao nível do recrutamento, na medida em que é dada preferência a indivíduos mais jovens.

Questionados acerca do perfil reconhecido nos trabalhadores mais velhos, os inquiridos focaram a sua maior responsabilidade, equilíbrio, maturidade e maior experiência a qual, como já discutido anteriormente, constituiu um importante mecanismo de adaptação dos trabalhadores mais velhos. Não obstante, os inquiridos por Centeno e a sua equipa criticaram a sua capacidade de aprendizagem o que, num contexto de constante inovação e mudança dos contextos profissionais, a par de um aumento das qualificações dos indivíduos mais novos, constituiu um forte entrave à sua permanência ou entrada no mercado de trabalho.

Além de terem sido considerados os trabalhadores mais jovens, Centeno e a sua equipa procuraram conhecer a posição das entidades empregadoras através da realização de entrevistas a empresas e gestores de recursos humanos. Entrevistaram, também, os parceiros sociais. Concluíram que há uma maior valorização da experiência pelas empresas ligadas a setores tradicionais sendo estas as que fazem um maior esforço para reter os trabalhadores mais velhos. Já as empresas dos setores mais modernos revelaram preferência pelos trabalhadores mais jovens. Mais se observou que apesar da neutralidade das políticas de recursos humanos em questões de idade, esta tende a ser valorizada através do conhecimento adquirido por via da experiência profissional. A idade é considerada em termos de políticas de promoções e salários sendo a antiguidade uma prática instituída e que está intrinsecamente relacionada com a contratação coletiva, não obstante a emergência de situações em que é mais valorizado o mérito ou a avaliação de desempenho. No que concerne ao desenvolvimento pela formação dos trabalhadores, notou-se que os mais velhos são alvo de menos ações de formação, situação que parece estar associada essencialmente às dificuldades na sua mobilização para estas ações, a par do baixo retorno do investimento feito nas mesmas comparativamente a trabalhadores mais jovens, não obstante a existência de evidências acerca de fatores que contribuem para um maior retorno da formação junto de trabalhadores mais velhos.

O facto da saída de trabalhadores mais velhos não significar necessariamente o rejuvenescimento da mão-de-obra, uma vez que a primeira não significa uma maior

facilidade de penetração dos mais jovens no mercado de trabalho é uma conclusão observada em outros estudos (Guillemard, 2010), pelo que muitas vezes se revela um falso argumento.

Da análise dos discursos das entidades empregadoras, Centeno e a sua equipa concluíram não existirem políticas de gestão da idade, nem práticas de promoção do envelhecimento ativo. Pelo contrário, foi concluída a existência de situações de desincentivo de uma vida ativa por via da promoção da antecipação da reforma.

A respeito do papel das entidades empregadores na promoção do envelhecimento ativo, concordamos com Gonçalves; Dias (2008) quando afirma que *“uma aplicação mais abrangente das medidas apontadas terá que ser necessariamente enquadrada por ações de sensibilização e divulgação do envelhecimento ativo, em particular junto dos empregadores”* (p. 28). Há, de facto, que contrariar a tendência de incentivo das próprias empresas à aposentação antecipada enquanto forma de renovação etária e qualificacional da sua força de trabalho, e os seus consequentes efeitos ao nível do aumento da despesa pública com o pagamento de pensões a estes indivíduos. Além disso, importa considerar que no futuro se espera não só que as pessoas trabalhem até mais tarde como que desempenham as mais diversificadas funções, ocupem cargos de diferentes níveis de especialização e responsabilidade. Ora este cenário é incompatível com a perspetiva do envelhecimento enquanto momento de declínio e consequente incapacidade para o trabalho. Em resultado, as atitudes idadistas serão uma ameaça ao futuro do mundo do trabalho atendendo ao que se considera ser a sua evolução. Marques et al. (2012) referem precisamente que a existência de *“estereótipos negativos em relação a um determinado grupo social estão usualmente associados com atitudes mais negativas em relação a esses grupos e têm repercursões importantes nos comportamentos e bem estar dos grupos que são estigmatizados”* (pág. 57).

Ao nível dos parceiros sociais e do envelhecimento ativo, a equipa coordenadora do projeto concluiu que os primeiros consideram que o envelhecimento ativo é sobretudo um desígnio europeu com aplicação nas políticas comunitárias e nos sistemas de segurança social, tendo pouca relevância nas empresas. Este aspeto remete-nos para os desafios decorrentes da dissonância entre a definição de políticas e estratégias a nível macro e, depois, a sua operacionalização num contexto micro. Os parceiros sociais ouvidos afirmaram também que a fragilidade da condição dos trabalhadores mais velhos decorre sobretudo do seu baixo nível de qualificações, o qual se reflete em baixos salários médios. Apesar disso, reconhecem nos trabalhadores mais velhos uma maior

resistência à formação. Frisaram ainda que a saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho é muitas vezes entendida pelas empresas como uma alternativa em processos de reestruturação organizacional.

Os sindicatos ouvidos por Centeno e a sua equipa mostraram-se contra o aumento da idade da reforma. Defenderam uma maior aposta na formação profissional, na flexibilização do mercado de trabalho, no desenvolvimento de competências e na alteração de representações sociais sobre os trabalhadores mais velhos. Apesar de se mostrarem a favor do incentivo à permanência dos mais velhos no mercado de trabalho, os sindicatos discordam que sejam eliminadas medidas que incentivem a saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, posição que fundamentam com base no reconhecimento dos efeitos negativos ao nível económico e social daí decorrentes. Em alternativa, as organizações sindicais defendem a flexibilização do sistema de pensões e a atribuição de um maior relevo à carreira contributiva em prol da definição de uma idade legal para a aposentação. Fizeram ainda notar a importância reconhecida na definição de políticas de conciliação entre a vida familiar e profissional, de promoção da saúde ocupacional e a aposta numa melhoria das condições de trabalho.

Tendo por base o estudo realizado e as teorias de natureza sociológica e económica entre trabalho e idade, Centeno e a sua equipa apresentaram um conjunto de conclusões acerca das políticas ativas de combate às barreiras no emprego. Em primeiro lugar, concluíram que a utilização da idade nas práticas de recursos humanos serve, essencialmente, para aprofundar barreiras e discriminações com base na mesma. Ainda assim, reconhecem a importância de aprofundar o conhecimento ainda parco nesta área através de investigações mais extensivas. Além disso, salientam os dados de nível macro que demonstram que os trabalhadores mais velhos são menos atrativos para as empresas, o que relacionam com as representações sociais negativas que recaem sobre estes, nomeadamente ao nível das suas baixas habilitações, e que estão especialmente patentes em modelos de gestão conservadores. Mais observaram que a discriminação etária tem como consequência direta a desmotivação dos trabalhadores para prosseguirem a sua atividade profissional além de um limite socialmente tido como adequado e aceitável. A respeito das políticas direcionadas para os mais velhos, o estudo conclui que estas podem fazer parte do problema, sobretudo num cenário de dissonância entre as medidas que, a curto e médio prazo, procuram o aumento da sustentabilidade financeira dos sistemas de pensões e as medidas de política de emprego

e formação profissional, além do impacto das respostas do mercado às pressões políticas que podem prejudicar a concretização de soluções mais adequadas a longo prazo.

Um estudo desenvolvido por Marques et al (2012) a respeito dos preditores de aceitação de um chefe mais velho considerou os seguintes aspetos: limite de idade pelo qual se considera uma pessoa velha, a percepção de ameaça intragrupal, o estatuto social, a percepção de similaridade entre as pessoas idosas e as pessoas jovens, a identidade social, o contacto intergrupar e a motivação para o autocontrolo do preconceito. Concluíram que o modo como os indivíduos percecionam as diferenças com base na idade, sejam estas ao nível dos estilos de vida, de oportunidades de emprego ou das necessidades de cuidados de saúde pode induzir a sentimentos de ameaça, seja numa perspetiva económica, material, simbólica ou cultural. Neste estudo observou-se a existência de padrões complexos dado que, por um lado, se verificou um aumento da percepção dos mais velhos enquanto ameaça cultural e económica, atendendo aos gastos a estes associados, e a uma consequente menor intenção de aceitação de um chefe com mais de 70 anos. Os autores explicam este resultado pelo facto das representações sobre os mais velhos estarem associadas a um estereótipo das mesmas como pouco inovadoras (o que associam à sua visão como ameaça cultural) e doentes (associado à visão dos mesmos como ameaça pelos gastos com saúde), aspetos estes que entenderam ter consequências relevantes ao nível do desempenho de uma atividade laboral.

Em suma, os autores do estudo concluíram que a aceitação de um chefe com mais de 70 anos, e o consequente reconhecimento da sua competência e capacidade para ocupar o cargo, relaciona-se com a percepção de ameaça sentida em relação a uma multiplicidade de dimensões. Por um lado, a percepção de que os mais velhos representam uma ameaça cultural e económica relaciona-se com uma menor aceitação de um chefe com mais de 70 anos, o que é explicado à luz de representações relacionadas com uma menor competência e capacidade resultantes do declínio físico e psicológico decorrente da idade. Por outro lado, a percepção de que as pessoas mais velhas constituem um encargo económico associou-se positivamente com a aceitação de um chefe com mais de 70 anos. Os autores interpretam este resultado não só no âmbito da aceitação de um chefe mais velho mas, em sentido mais lato, da participação dos mais velhos no mercado de trabalho, como decorrente da interiorização da necessária redução da pressão social e económica do pagamento de pensões por velhice e do desequilíbrio entre a população ativa e inativa. Destes resultados os autores concluem a existência de alguma aceitação para o prolongamento da vida ativa e o consequente

adiamento da passagem à aposentação com efeitos na atenuação de atitudes idadistas. Entendem, portanto, que a mitigação da exclusão social dos mais velhos e a promoção da sua participação em muito poderão passar pela integração dos mais velhos no mercado de trabalho, na promoção de modelos de transição gradual para a reforma, em condições de saúde dos indivíduos e a sua própria vontade em prolongar, ou não, a sua atividade profissional.

No que respeita à transição entre trabalho e aposentação, e não obstante o enquadramento legal dos países da UE-27 que define as condições de passagem à reforma, através do relatório *Employment policies to promote active ageing*, a Comissão Europeia (2012a) elenca alguns fatores que dificultam a permanência dos trabalhadores europeus mais velhos no mercado de trabalho, nomeadamente a obsolescência de competências, a posse de baixas qualificações, e/ou a maior probabilidade de trabalharem na agricultura ou em atividades de produção. Em conjunto, estes factores atuam como *“uma desvantagem particular num contexto onde se espera que os trabalhadores se envolvam em processos contínuos de formação e requalificação, e que priorizem o desenvolvimento de competências em tecnologias de informação e comunicação e outras competências transferíveis”* (p. 6). Àqueles fatores juntam-se outros como *“a insuficiência do montante da pensão a auferir face ao nível de vida desejado; a qualidade dos regimes de proteção social; as aspirações a uma mudança de vida preenchida com atividades não laborais; o nível das qualificações académicas e profissionais; as atitudes e grau de satisfação perante o trabalho; o estado de saúde e a capacidade de trabalho; o contexto organizacional onde se está profissionalmente inserido, a natureza e as condições efetivas de trabalho”* Phillipson e Smith, 2005 e Debrant e Silver, 2009 (cit. por Lopes e Gonçalves, 2012). Este relatório também reconhece a importância das características pessoais e dos quadros normativos dos trabalhadores mais velhos no momento de decisão de abandono do mercado de trabalho. Destaca, nomeadamente, a atenção dedicada à saúde e à família, aspetos que funcionam como constrangimentos à aceitação de trabalho que impliquem maiores custos pessoais ao nível das dimensões anteriormente referidas e que criam desafios acrescidos aos empregadores, sobretudo no atual contexto de maior flexibilidade laboral.

A respeito das motivações para a saída do mercado de trabalho, as especificidades do nosso objeto empírico de estudo não correspondem com os obstáculos que geralmente estão na base da saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho. De facto, o trabalho desenvolvido pelos médicos e enfermeiros

participantes neste estudo tem subjacente não só elevadas qualificações académicas de base mas, particularmente no caso dos médicos, uma contínua e intensa procura de novos saberes e do desenvolvimento de competências técnicas. Este permanente processo de aprendizagem e formação ao longo da vida é, de facto, um aspeto central para atividade profissional no setor da saúde, particularmente em medicina. Envolve, ainda, a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível das tecnologias de informação e da utilização de equipamento de ponta. O setor da saúde diferencia-se, de facto, pelas exigências de qualificação de raiz e ao longo da trajetória profissional, bem como pelo próprio dinamismo e inovação da área. Conclui-se, portanto, que o nosso objeto empírico de estudo tem características que o distanciam do segmento de trabalhadores mais velhos que, *à priori*, terão mais probabilidade de sair do mercado de trabalho.

Não obstante a relevância das motivações elencadas para a decisão dos trabalhadores em não prolongarem a sua atividade profissional, tanto a Comissão Europeia como outros estudos efetuados acerca da temática da aposentação concluem que a principal barreira à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho provém de atitudes de discriminação com base na sua idade. Esta conclusão evidencia a necessidade do planeamento e aplicação de estratégias concertadas de combate ao idadismo, não só em nome dos direitos dos indivíduos como, também, condição basilar para um efetivo e desejado aumento das taxas de participação dos mais velhos no mercado de trabalho. De outra forma, o sucesso das políticas de envelhecimento ativo dependerá em larga medida da luta contra o preconceito e a discriminação face às pessoas mais velhas.

Contudo, importa considerar que a discriminação com base na idade não é um fenómeno circunscrito à esfera laboral. Pelo contrário, faz-se sentir em múltiplas dimensões da vida dos indivíduos como demonstram estudos realizados sobre este tema (Walker, 1996). As consequências do idadismo, dentro ou fora do contexto laboral, não deixam de surtir efeitos sobre os indivíduos, nomeadamente ao nível de uma menor autoestima, do desenvolvimento de auto-representações negativas, suportadas numa suposta incapacidade generalizada que afetam, necessariamente, a sua própria perceção sobre a sua capacidade para o trabalho. As políticas anti discriminação etária no trabalho, em concreto, serão apresentadas e discutidas mais à frente.

De futuro, a Comissão Europeia (2011) prevê uma diminuição da população em idade ativa, fenómeno que será acompanhado da saída de grandes coortes que serão

substituídas por outras mais pequenas e constituídas por trabalhadores jovens. Apesar do impacto positivo da imigração, espera-se um decréscimo contínuo da população ativa. Será no sexo feminino que o aumento dos ativos mais envelhecidos será maior (30% face a 22% no masculino). Como consequência, a idade média da população ativa tenderá a aumentar, prevendo-se que a partir de 2020 seja superior a 42 anos. Espera-se ainda uma maior participação dos trabalhadores mais velhos (com 55 a 64 anos) no mercado de trabalho. Na UE-27, em 2010 este segmento etário da força de trabalho representava 49,7% do total da população ativa (16-64 anos), valor inferior ao observado em Portugal (54,2%) onde, de facto, é mais notória a participação dos mais velhos no mercado de trabalho. As projeções indicam que, em 2060, esta taxa deverá aumentar para 65,7% na UE-27 e para 69,4% em Portugal o que corresponde, respetivamente, a aumentos de 16,0% e 15,2% da participação dos indivíduos com 55 a 64 anos de idade no mercado de trabalho. Comparativamente aos restantes grupos etários, o aumento da participação dos mais velhos é claramente superior, o que revela que a futura dinamização do mercado de trabalho se deverá, em larga escala, à atividade profissional dos mais velhos. Importa ainda referir que será mais expressivo o aumento da participação entre as mulheres (20% face a 10% dos homens), o que se traduzirá num substancial afunilamento da diferença de género em termos de taxas de participação até o horizonte de 2060.

Quadro 21. Taxas de participação total por grupos etários entre 2010 e 2060 (%)

	15-64 anos (a)		15-24 anos (b)		25-64 anos (c)		55-64 anos (d)		Mudança 2010-2060			
	2010	2060	2010	2060	2010	2060	2010	2060	a	b	c	D
UE-27	71,1	73,7	43,5	43,8	85,0	85,2	49,7	65,7	+2,6	+0,3	+0,2	+16,0
Portugal	74,1	76,7	37,3	37,7	88,7	90,0	54,2	69,4	+2,6	+0,3	+1,3	+15,2

Fonte: Comissão Europeia, 2012.

O Eurostat (2012a) prevê um aumento da participação dos mais velhos particularmente nos países do sul da Europa por aqui serem mais notórias as insuficiências ao nível de mão-de-obra, nomeadamente pelo reduzido volume de população jovem potencialmente ativa. Espera ainda um aumento particular da taxa de emprego entre as mulheres com idade entre os 55 a 64 anos, a qual se espera atinja os 20,9% em 2060, ficando a dos homens pelos 11,5%. Prevê, também, que o número de pessoas empregadas registe uma taxa de crescimento de apenas 0,3% entre 2010 a 2020

(comparado a 0,9% ao longo do período 2000-2009). Esta tendência deverá inverter-se entre 2020 e 2060 para uma taxa de crescimento anual negativa de uma magnitude similar ao período anterior. Como resultado destas tendências opostas, este organismo projeta que o emprego atinga um pico de crescimento em 2020, ano que se espera existirem 228,3 milhões de empregados, não obstante um decréscimo esperado até 2060, ano em que a população empregada deverá totalizar 208,7 milhões. Entre 2020 e 2060 o Eurostat prevê, portanto, uma diminuição de 105 milhões de trabalhadores.

As projeções europeias indicam um aumento significativo e generalizado do rácio de dependência económica²² nas próximas décadas. Entre 2010 e 2060 espera-se que, na UE-27, este rácio evolua de 40% para 74%. Numa lógica comparativa entre Estados-membros, espera-se que em 2060 este rácio varie entre um mínimo de 55% na Irlanda e um máximo de 109% na Roménia (Comissão Europeia, 2011). A evolução esperada deste indicador traduz o forte impacto do processo de envelhecimento demográfico em muitos Estados-membros, não obstante o reconhecimento das diferenças nacionais.

Em conjunto, as tendências de evolução da população ativa apresentadas têm subjacentes profundas alterações na sua dimensão e estrutura. Indicam, particularmente, que serão mais as saídas do mercado de trabalho por aposentação do que as entradas de população mais jovem. Haverá, portanto, um declínio da oferta de trabalho na UE-27 enquanto consequência do cenário demográfico. Ainda assim, o Eurostat prevê que entre 2020 e 2060 possa ocorrer uma inversão deste desfasamento entre procura e oferta de trabalho motivada pela contração da segunda em 11,8%. Salvaguarda, contudo, a necessidade de uma análise individualizada entre Estados-membros que possa filtrar as reconhecidas diferenças entre estes e que assim, possa promover uma análise atenta às suas especificidades e recursos.

Quanto à evolução projetada do número de pensionistas, o Eurostat (2012c) prevê que do total de 119,3 milhões daqueles que existiam em 2010 na UE-27 haja uma evolução a um ritmo rápido até 2040 e, a partir daí, um abrandamento. As projeções sugerem que entre 2010 e 2060, o número de pensionistas na UE-27 aumente de 47,4 para 166,7 milhões. Em simultâneo, prevê um aumento do índice dependência suportado na evolução esperada de um número do número de pensionistas por 100 pessoas em idade ativa de 35,6 para 58,8. Importa ainda referir o peso económico do

²² Rácio entre os idosos inativos (65 ou mais anos) e os empregados (tanto com 20-64 anos, como com 20-74 anos).

pagamento de pensões: em 2008, na UE-27, 73,5% dos gastos em pensões deveram-se à pensão por velhice. O aumento do número de idosos significa um aumento dos encargos financeiros a estes associadas através, nomeadamente, do pagamento de pensões. O Eurostat espera ainda que a importância relativa das pensões públicas em relação com o PIB aumente de 10,2% para 12,5%.

Apesar do carácter pouco otimista das projeções europeias relativamente à sustentabilidade do mercado de trabalho, Fernandes (2007a) destaca alguns aspetos positivos decorrentes dos cenários projetados, nomeadamente o aumento do fluxo de imigrantes e da participação das mulheres no mercado de trabalho. Salvaguarda, contudo, que estes dois aspetos atuam essencialmente no adiamento do fortalecimento do envelhecimento da mão-de-obra sem que, então, constituam uma efetiva resposta. Na verdade, o carácter estrutural do envelhecimento demográfico implica estratégias de médio e longo prazo que passem, nomeadamente, por uma nova conceção acerca da composição da população ativa, tanto europeia, como nacionais. As estratégias de intervenção no mercado de trabalho não só devem incentivar os trabalhadores mais velhos ao exercício ou à continuidade de uma atividade profissional, como devem propiciar um contexto adequado para que esta participação ocorra. Devem, portanto, abarcar o enquadramento legal do trabalho e da passagem à reforma, condições adequadas de trabalho, incentivos à contratação de trabalhadores mais velhos e políticas de combate a fenómenos de discriminação com base na idade que, como já apresentado, constitui o principal obstáculo à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho.

A respeito da influência dos contextos sociais sobre as taxas de emprego dos trabalhadores mais velhos, Guillemard (2010) identificou quatro aspetos determinantes: as políticas públicas de emprego e de proteção social dos trabalhadores mais velhos, as estruturas normativas que estão na base de construções sociais sobre a idade, as estratégias de coordenação e organização, nomeadamente em situações de conflito, entre os intervenientes no mercado de trabalho e, ainda, as transformações, potenciadores de conflito, ocorridas ao nível do mercado de trabalho.

Fernandes (2007a) é perentória ao afirmar que as políticas de emprego e formação profissional são indissociáveis dos efeitos do envelhecimento demográfico na recomposição da população ativa, dependendo a sua eficácia e sucesso da capacidade de atrair e manter os trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. No caso concreto de Portugal, a autora considera que o êxito das políticas de emprego e a promoção da

competitividade da economia portuguesa passam, em larga medida, por políticas ativas de formação profissional que abarquem o segmento de trabalhadores mais velhos, pela formação e reciclagem de competências dos desempregados de longa duração, nos quais se incluem pessoas mais velhas e, ainda, pelo desincentivo à reforma antecipada. Estes aspetos remetem-nos necessariamente para a já discutida importância das diferenças entre países membros da UE-27, uma vez que a relevância destas medidas assenta precisamente no passado político, económico e cultural de Portugal. De facto, há que considerar que do período salazarista resultaram largos segmentos da população com muito baixas qualificações que, agora, sentem as exigências da sociedade de conhecimento e, portanto, da reciclagem ou aquisição de conhecimentos.

Com base nos dados apresentados anteriormente, concluímos pelo gradual envelhecimento da população ativa europeia e portuguesa até ao presente mas, com base nos cenários demográficos projetados, até pelo menos ao horizonte de 2060. Deste fenómeno resultará um aumento do peso e da pressão da população inativa, constituída sobretudo pelos mais velhos atendendo à esperada manutenção de baixos níveis de fecundidade, sobre a ativa, esta última em volume gradualmente menor.

Nas próximas décadas o mercado de trabalho será, portanto, marcado por uma profunda recomposição da população ativa que se espera ser cada vez em menor número e com uma idade média mais elevada. Além disso, será também maior o número de pensionistas e, portanto, maior a pressão económica dos inativos sobre os ativos. Face a este cenário, importa discutir que tipo de políticas de fomento do emprego para os indivíduos mais velhos são atualmente concebidas ao abrigo do paradigma do envelhecimento ativo que, como apresentado no Capítulo II, enforma as atuais estratégias de intervenção ao nível do envelhecimento.

4.2. ENVELHECIMENTO ATIVO E POLÍTICAS DE EMPREGO

A inserção e manutenção dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho constitui hoje uma das principais preocupações dos dirigentes políticos europeus e da UE-27. Estes têm procurado respostas à questão de *Como manter as pessoas mais velhas a trabalhar mais tempo, assegurando a sua motivação e produtividade?*

Várias investigações têm sido desenvolvidas para identificar os motivos pelos quais os indivíduos optam por prolongar a sua vida ativa, adiando a idade de aposentação. A relevância destes estudos é notória desde logo para a definição de políticas de emprego para os mais velhos que se direcionem, então, para mitigar ou evitar os fatores que conduzem os indivíduos à aposentação, sobretudo se antecipada. Moreita et al (2012) procederam a uma revisão dos principais motivos que têm sido apontados pela literatura para a saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho suportando o seu estudo, ainda, em evidências empíricas que atualmente condicionam a opção dos indivíduos pela saída do mercado de trabalho. Os autores validaram a relevância de questões económicas, nomeadamente pela diminuição do rendimento disponível pela perda do salários e o consequente pagamento de uma pensão em montante (tendencialmente) inferior ao primeiro, a variação decrescente da produtividade, a qual podemos associar ao declínio físico e psicológico decorrente do aumento da idade, bem como de uma possível dificuldade na utilização de novas tecnologias, as condições macroeconómicas do momento e as consequentes expetativas dos indivíduos, a discriminação com base na idade em contexto de trabalho, nomeadamente em processos de recrutamento nos quais é dada primazia aos mais novos e, ainda, a regulamentação e as dinâmicas do mercado de trabalho.

Particularmente na segunda metade da última década do século XX, o espaço europeu foi palco de várias leituras do envelhecimento demográfico, as quais se traduziram num conjunto de medidas e propostas políticas para mitigar as consequências económicas, sociais e culturais do envelhecimento demográfico.

Numa lógica retrospectiva da evolução da preocupação política com os idosos Walker (cit. por Paúl, 2005a) identifica três fases. Situa a primeira entre 1940 e 1970, período no qual as atenções políticas estavam direccionadas para o pagamento de reformas e para o aumento da dependência social dos idosos após a aposentação. Remete a segunda fase para as décadas de 1970 e 1980, designando-a como de transição por nesta se ter observado uma crescente preocupação com os efeitos económicos do envelhecimento; a terceira e última é a que vivemos atualmente e que é marcada pela preocupação com o peso económico dos idosos e pela emergência de movimentos políticos de idosos.

Atualmente, salvaguardar a sustentabilidade das finanças públicas é um objectivo-chave das políticas relativas à idade aplicadas na UE-27, pelo que esta entidade afirma que a *“reforma dos sistemas de pensões e subsídios, bem como à*

implantação de estratégias compreensivas do envelhecimento ativo que reconheçam os aspetos que afetam as pessoas no final das suas vidas ativas” (Comissão Europeia, 2011, p. 7). O alargamento da participação dos trabalhadores mais velhos no emprego e a extensão da duração dessa participação são entendidos enquanto elementos estratégicos para solucionar a crise de sustentabilidade dos sistemas de proteção social, nomeadamente de pensões, bem como uma resposta às tendências demográficas que atestam e reforçam o envelhecimento populacional. Estas intervenções estão sob a responsabilidade dos Estados-membros, sendo encorajadas pela UE-27 por via, nomeadamente, de instrumentos financeiros como o Fundo Social Europeu.

Na atualidade, a UE-27 adotou um discurso de valorização económica e social da velhice recusando em definitivo uma imagem negativa sobre esta. Em resultado, tem procurado implementar medidas diferenciadas que promovam a integração económica e social dos mais velhos e que revitalizem o seu papel na sociedade tanto numa lógica de produtores como de consumidores de riqueza e recursos.

Analizando as políticas de emprego direcionadas para os mais velhos ao longo do tempo, Guillemard e Jolivet (2006) encontram duas orientações: a primeira enfatiza o envelhecimento para o trabalho, resultando daí uma *cultura de idade* em que os mais velhos são vistos como não empregáveis, pelo que a idade é encarada como um instrumento de regulação do mercado de trabalho; a segunda orientação baseia-se na formulação de políticas ativas de emprego que procuram integrar os trabalhadores mais velhos através, nomeadamente, do aumento das suas qualificações. Enquanto a primeira tem uma orientação por idades, a segunda procura promover o trabalho em qualquer idade sendo, por isso, a eleita a nível europeu para a definição de políticas de emprego.

A UE-27 tem-se empenhado em romper com políticas de gestão pela idade, apostando na promoção do envelhecimento ativo sobretudo a quatro níveis: luta contra a discriminação fundada na idade, aposta na formação ao longo da vida, alterações nos sistemas de reforma e pela adequação das condições de trabalho. Procura, desta forma, romper com uma cultura de saída precoce do mercado de trabalho por via, nomeadamente, da aposentação antecipada. Pelo contrário, tem apostado numa nova orientação política da idade com o intuito de organizar e regulamentar o fim do percurso profissional. Não nega, contudo, que além das suas recomendações e das metas globais e específicas que aponta, a participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho é em larga escala influenciada pelas políticas e pelo contexto nacionais, nomeadamente pelas condições concretas de passagem à aposentação previstas no

enquadramento legal nacional, ao regime de proteção laboral, às políticas salariais, bem como aos sistemas de saúde, educação e formação (Eurostat, 2012a).

A definição de estratégias e políticas globais deve estar atenta aos riscos de uma visão única e uniforme dos indivíduos em escalões etários mais velhos, numa lógica de desvalorização da sua subjetividade e da diversidade de percursos de vida que enformam o modo como experienciam a velhice. Estas políticas devem, portanto, considerar os problemas, interesses e expectativas da diversidade de indivíduos que engrossam o grupo etário dos mais velhos. Mais importa considerar que políticas de incentivo à saída do mercado de trabalho reforçam a vulnerabilidade dos trabalhadores mais velhos (Fernandes, 2007a).

Também ao nível do trabalho é necessário compreender a importância central do percurso de vida dos indivíduos, das normas e dos limites de idade estabelecidos que afetam o comportamento dos atores e reconstroem a relação entre idade e trabalho. Daí a necessidade de reter os dispositivos públicos específicos que, em cada país, propõem alternativas, aos mais velhos, entre a manutenção do emprego ou a sua cessação. Os mecanismos propiciadores da saída precoce dos trabalhadores mais velhos sustentaram um estereótipo sobre a idade que veio modificar a perceção dos próprios empregadores no que toca à idade a partir da qual se inicia o envelhecimento profissional.

Os *edifícios normativos*, entendidos enquanto modelos dominantes de interpretação do mundo, influenciam as políticas públicas de emprego e de proteção social (Guillemard, 2003). São precisamente estes modelos normativos que sustentam duas orientações opostas relativamente à participação, ou não, da atividade profissional. Uma valoriza a saída precoce como princípio de justiça e como direito ao repouso, sendo adotado por países como a França, Bélgica e Alemanha). A outra privilegia a participação no mercado de trabalho como elemento de bem-estar individual e coletivo, pelo que há uma promoção do direito ao trabalho em detrimento do direito ao repouso, sendo a orientação seguida em países do norte da Europa e no Japão.

Não obstante a existência de um quadro de atividades europeias comuns que vão desde políticas de coordenação a políticas de regulação, que são mutuamente benéficas, cada Estado-membro é responsável pelos seus sistemas de reformas. As recomendações europeias têm visado, por um lado, aumentar as taxas de emprego e, em consequência, as participações para a segurança social, ajudando a criar rendimentos de reforma adequados e sustentáveis e, por outro, relacionado com o primeiro, colmatar as falhas na adequação das pensões, reduzindo a pobreza global. Relativamente às pensões, em

concreto, a principal preocupação radica na *“provisão de pensões que encontre equilíbrio entre os padrões de vida dos pensionistas e a questão de quem vai pagar as reformas das gerações futuras”* (Eurostat, 2012c, p. 55). Estas preocupações manifestam-se a três níveis: governativo, pela necessidade de equilíbrio dos orçamentos assegurando, em simultâneo, uma provisão adequada de pensões; geracional, pelo potencial conflito entre a população mais jovem em idade ativa que enfrentará condições diferentes dos atuais pensionistas; individual, atendendo a preocupação dos indivíduos com a sua proteção durante a reforma (idem).

É grande a variedade de regimes de passagem à reforma nos Estados-membros da UE-27. Apesar de vários países terem um sistema de descontos sobre a remuneração, onde as contribuições relativas a impostos, segurança social e pensões são deduzidas na fonte, tem havido em anos recentes um movimento de afastamento de sistemas individuais públicos de reforma em direção a abordagens múltiplas. As políticas de pensões têm procurado diminuir a parcela do sistema público no total de provisões através da atribuição de uma importância reforçada a sistemas complementares privados.

À preocupação em torno da capacidade dos atuais sistemas em suportarem as pensões junta-se, ainda, a questão da justiça intergeracional. De facto, o aumento da esperança média de vida resultará num aumento do período do tempo de trabalho dos ativos mais jovens na atualidade, experienciando um processo de reforma mais demorado do que os dos reformados atuais. Segundo resultados do Eurobarómetro à opinião pública na UE-27 (Comissão Europeia, 2012b), a preocupação com a sustentabilidade dos sistemas de reforma e com o futuro das gerações mais novas manteve-se ao longo dos últimos anos. Em 2006, 43,0% da população europeia com 15 ou mais anos considerava que os cidadãos se reformam muito cedo; em 2008, 18,7% dos reformados europeus indicaram a sua intenção em procurar trabalho após a aposentação de forma a obterem rendimentos extra; em 2009, 49% da população europeia considerava que a atual situação de provisão de pensões não era boa, observando-se aqui uma grande variedade de situações (esta percentagem foi superior a 80% em Portugal e na Grécia – países muito afetados pela crise soberana, e apenas de 20% nos países baixos ou na Dinamarca). A UE-27 tem procurado novas formas de equilíbrio entre gerações comparativamente às implementadas nos países da Europa Central para fortalecimento do Estado-Providência e do modelo político democrático parlamentar e económico com orientação capitalista (Gonçalves; Dias, 2008). Torna-se

então necessário um novo contrato geracional pautado por formas mais complexas de solidariedade entre gerações baseadas numa perspectiva de curso de vida e de promoção da inclusão social e não numa lógica de solidariedade numa fase da vida (contribuir enquanto ativo para os inativos).

As medidas de prolongamento da vida ativa dos cidadãos na UE-27 têm um objetivo mais lato e que vai além do aumento das taxas de emprego dos mais velhos: inserem-se numa estratégia mais ampla e de longo prazo para que a Europa se torne na economia de informação mais dinâmica do mundo, concorrente com as economias emergentes da China e da Índia, bem como em economia desenvolvidas marcadas pela inovação, como os EUA e o Japão (Platman, 2009). Assim, a criação de mais oportunidades de emprego para os trabalhadores mais velhos engloba-se numa visão estratégica da Europa para aumentar e reforçar a sua força produtiva e tornar-se líder mundial. Com as aceleradas mudanças globais ao nível do mercado de trabalho, nomeadamente com fluxos de trabalho mais rápidos e intensos, novas formas de comunicação com os clientes, a integração e alastramento das tecnologias de informação e comunicação, impõe-se saber, contudo, se é possível conciliar dois objetivos: o aumento da competitividade, por um lado, e uma elevada participação laboral de uma força de trabalho envelhecida, por outro (Platman, 2009).

Um exemplo de boas práticas em termos de promoção do envelhecimento ativo no mercado de trabalho é a Finlândia (Guillemard, 2010). Este país desenvolveu nos últimos anos um forte trabalho de incentivo à procura de trabalho pelos mais velhos, às empresas para a sua contratação e para a definição de estratégias de desenvolvimento de carreira, de incentivos fiscais, de promoção de atividades de consultadoria pelos mais velhos, por uma forte aposta na sua formação continuada e aquisição/reciclagem de conhecimentos e competências, promoção da saúde em contexto de trabalho, incentivo ao trabalho conjunto entre diferentes gerações.

Além da vontade dos Estados em prolongarem o tempo de atividade dos indivíduos em segmentos etários mais avançados, existem estudos que atestam a vontade destes últimos em prolongarem a sua atividade profissional, ainda que em condições distintas do trabalho desenvolvido até à aposentação. Um estudo à escala mundial revelou que os trabalhadores mais velhos gostavam de ter um trabalho mais flexível no final da sua vida ativa, incluindo mudanças de carreira e mais trabalho a tempo parcial (Leeson, Harper, 2007). Estes resultados correspondem aqueles encontrados por programas como o *Growing Older* do Economic and Social Research

Council e o *Transitions after 50* da Joseph Rowntree Foundation que evidenciam o desejo dos trabalhadores por processos de transição gradual entre trabalho e reforma. Resultados de um inquérito do Eurobarómetro (cit. por Eurostat, 2012c), conduzidos entre setembro e outubro de 2011, indicaram que um terço da população da UE-27 com 15 ou mais anos admitiu gostar de continuar a trabalhar depois de atingir a idade da reforma. A percentagem de população de acordo com esta premissa subiu para 41% entre indivíduos com 55 ou mais anos, fornecendo-se assim evidências da vontade existentes entre os membros mais velhos da força de trabalho em permanecerem no mercado de trabalho. O mesmo inquérito conclui que 61% da população da UE-27 com 15 ou mais anos considera que deveria ser permitido às pessoas continuarem a trabalhar depois de atingirem a idade da reforma.

Autores como Schimd e Schomann (cit em Platman, 2009) sugerem, ainda que com alguma controvérsia, que os trabalhadores mais velhos sejam eventualmente colocados noutra tipo de trabalhos que não aqueles que envolvem elevadas competências tecnológicas e, assim, em permanente evolução, exemplificando com trabalhos de assistência, aconselhamento financeiro, etc. Todavia, esta perspetiva tem subjacente uma abordagem segmentada acerca da participação laboral da força de trabalho em sociedades do conhecimento.

Não obstante a necessidade sentida pelos Estados e a vontade demonstrada pelos trabalhadores mais velhos em continuar a trabalhar após a reforma, é importante reconhecer “*que se as pessoas estão a trabalhar por um período mais longo, então precisarão de estar em boas condições físicas e mentais, com acesso a regimes laborais mais flexíveis, locais de trabalho mais saudáveis, aprendizagem ao longo da vida e sistemas de reforma*” (Eurostat, 2012a, p. 37). É por isso que, além das recomendações e metas estabelecidas para os seus países membros e para o espaço europeu, como um todo, a UE-27 tem apostado num conjunto de programas de promoção do envelhecimento ativo, nomeadamente no que diz respeito ao mercado de trabalho. São exemplo o *50+ Europe* (2002-2004), *Intergenerational portfolio management* (2006-2008) e o *Call to action* (2007-2009) que têm procurado incentivar os trabalhadores mais velhos a permanecerem no mercado de trabalho, atuando ao nível da aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências, bem como da definição de medidas de incentivo a contratação destes trabalhadores. Estes mecanismos podem ter impactos na participação dos trabalhadores mais velhos na força de trabalho, ainda que haja necessidade de usar uma abordagem ao assunto mais compreensiva, “*incluindo*

estratégias para melhorar a oferta de programas de aprendizagem ao longo da vida e de mais trabalhos adaptados à idade, bem como o desenvolvimento de formas de reconciliar a vida de trabalho com a vida familiar” (Comissão Europeia, 2012a, p. 34).

A UE-27 tem demonstrado também interesse não só em políticas que mantenham os indivíduos economicamente ativos até à reforma mas também no trabalho após a mesma (Flynn; McNair, 2009). A este nível, reconhece que o autoemprego é uma área alternativa onde os trabalhadores mais velhos têm potencial para fazer uma contribuição considerável para o crescimento económico (Eurostat, 2012a) apoiando-se no facto de que, em 2010, cerca de metade (50,4%) da população com 65 ou mais anos na EU-27 estava auto empregada.

Um aspeto central das políticas de incentivo à participação dos trabalhadores mais velhos prende-se com a luta contra a discriminação com base na idade que, como apresentado anteriormente, constituiu o principal obstáculo à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. Em concreto, a UE-27 tem procurado combater a visão de que um aumento da idade corresponde necessariamente a um declínio das capacidades físicas e cognitivas dos trabalhadores mais velhos, a par de maiores resistências à mudança e à adaptação a novos contextos, nomeadamente por introdução de inovações tecnológicas. De facto, todos os esforços no sentido do prolongamento da atividade profissional dos mais velhos podem ser contra produtivos se as principais condições de melhoria da situação dos idosos no mercado de trabalho não são preenchidas (a luta contra a discriminação, o desemprego, a obsolescência de qualificações, etc.) (Pollak, 2009, p. 7).

A este respeito, investigações recentes (Hardy, 2007) não conseguem associar diretamente a produtividade com a idade, frisando que esta tem que ser analisada nos próprios contextos de trabalho, uma vez que não deve ser só medida pela velocidade de execução de certas tarefas mas, igualmente, à luz da experiência e capacidade de resolução dos indivíduos quando confrontados com certas tarefas. Estes estudos não negam que com a idade há uma maior tendência para a perda de alguns sentidos, capacidades motoras, memorização e alguns processos cognitivos. Moreira et al (2012) alertam para a necessidade de serem realizadas mais investigações sobre a relação entre idade e produtividade para uma melhor compreensão dos impactos decorrentes daquela e, a partir daí, para melhor se poderem definir estratégias de atenuação e de inversão de eventuais efeitos negativos. Além disso, alertam para a necessidade de um conhecimento mais aprofundado entre os ciclos de negócio, as inovações tecnológicas e

a regulação do mercado de trabalho e a opção dos indivíduos em prolongarem, ou não, a sua vida ativa. Consideram ainda ser de grande relevância conhecer os mecanismos pelos quais ocorre discriminação com base na idade no mercado de trabalho e a extensão do seu impacto tanto ao nível do desempenho em contexto de trabalho como em processos de recrutamento.

Existem, contudo, como refere Jovilet (2006) evidências empíricas de que, pelo contrário, alguns indivíduos se tornam mais produtivos com a idade, reforçando a ideia de que os declínios que se possam observar com a idade são variáveis na sua intensidade, modalidade e momento em que se iniciam, além de que podem ser atenuados com mecanismos de compensação, como é exemplo a experiência. A autora frisa, ainda, que o trabalho influencia a forma de envelhecimento, nomeadamente ao nível biológico, existindo uma relação entre a produtividade dos mais velhos e as condições ambientais e organizativas de uma empresa.

Existem portanto evidências de que a experiência é melhor predictor de desempenho profissional do que a idade, pelo que os declínios observados podem ser superados por via da experiência profissional acumulada, além do redesenho das funções exercidas e do próprio contexto de trabalho. De facto, a performance dos trabalhadores mais velhos poderá ser equivalente à dos mais jovens, desde que as condições de trabalho lhes permitam aplicar mecanismos de adaptação e compensação. A perda de capacidades funcionais pode ser compensada por acumulação de capital humano específico que advém de uma maior experiência resultante de um mais longo trajeto profissional. Não existe, portanto, uma relação direta entre produtividade e idade nem uma relação linear entre trabalhadores mais velhos e perda de competitividade (Aubert cit. in Gautié, 2012).

As políticas seguidas pela UE-27 têm também procurado uma orientação para a alteração das representações sobre os trabalhadores mais velhos e sobre o período final da vida de trabalho, nomeadamente no combate à associação entre uma maior idade e uma menor produtividade. Pelo contrário, têm fomentado uma visão otimista sobre a importância do recrutamento, retenção e reciclagem da geração de trabalhadores com 50/60, tentando convencer as entidades empregadoras da relevância destes trabalhadores para a manutenção da competitividade económica europeia.

Apresentado o quadro geral de orientações políticas da UE-27 ao nível de políticas de emprego para os indivíduos mais velhos, importa concretizar aquelas que têm sido recomendadas e/ou adotadas a este nível no sentido do fomento da participação

dos mais velhos no mercado de trabalho. Tanto na Estratégia de Lisboa como na Estratégia Europeia de Emprego a promoção de emprego para os trabalhadores mais velhos foi considerada como um objetivo explícito. Já em 2001, na Cimeira de Estocolmo, o Conselho Europeu definiu uma taxa de emprego de 50% em 2010 para os trabalhadores com idade entre os 55 a 64 anos, objetivo que não foi alcançado. No ano seguinte, a conferência de Barcelona estabeleceu como objetivo adiar por cinco anos a idade média de saída do mercado de trabalho até 2010. Estes objetivos foram considerados fundamentais face à evolução demográfica iminente e às previsões de declínio da população ativa.

No âmbito da Estratégia Europeia de Emprego foi implementado um conjunto de medidas em prol do envelhecimento ativo, cujos efeitos são sentidos ao nível das relações entre idade e trabalho e na reestruturação dos regimes de reforma, enquadráveis num nível mais amplo de reforma dos sistemas de proteção social. Nesta estratégia, mais do que aplicadas, foram enunciadas medidas de natureza restritiva e obrigatória no sentido de manter o emprego dos trabalhadores mais velhos e de prolongar a sua vida profissional através, nomeadamente, da restrição do acesso à reforma, do aumento da idade legal de reforma, da criação de regimes de reforma flexível ou progressiva e das reduções dos montantes das pensões (por força da alteração das suas regras de cálculo).

A Estratégia Europeia para 2020 lançada em Março de 2010 não definiu uma percentagem específica a atingir no que respeita à taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos. Contudo, reconheceu que a obtenção de uma taxa de emprego geral de 75% em 2020 para indivíduos com idade entre os 20 e os 64 anos, só poderá ser atingida através do aumento da taxa de emprego dos trabalhadores mais velhos e por uma reforma bem-sucedida dos sistemas de pensões (Comissão Europeia, 2011). Este objeto reflete as três prioridades definidas na Estratégia de 2020: um crescimento inteligente, sustentável e inclusivo. A UE-27 procura então uma economia baseada no conhecimento e na inovação, que seja mais eficiente em termos de utilização de recursos, mais ecológica e mais competitiva e com níveis elevados de emprego que assegurem a coesão social e territorial. Não obstante, estas recomendações não têm um carácter exaustivo na medida em que se reconhece a necessidade de um conjunto de ações de âmbito nacional e, portanto, da operacionalização das suas prioridades em objetivos e trajetórias nacionais. Para esse efeito, a UE-27 definiu sete iniciativas em emblemáticas para estimular os progressos em cada área prioritária. Uma destas iniciativas relaciona-se com a procura de um crescimento inclusivo, o qual a UE-27

reconhece passar necessariamente por uma economia com elevadas taxas de emprego que assegure a coesão económica, social e territorial. Esta iniciativa implica em larga medida uma outra que passa precisamente pela definição de uma agenda para novas qualificações e novos empregos» com vista à modernização dos mercados de trabalho e para a capacitação das pessoas pelo desenvolvimento das suas qualificações ao longo da vida procurando-se, assim, aumentar a sua participação no mercado de trabalho e a melhor fazer corresponder a oferta à procura de mão-de-obra, nomeadamente através de uma maior mobilidade dos trabalhadores. Na Estratégia de Lisboa é reconhecida a necessidade de utilização plena do potencial da mão-de-obra europeia para enfrentar, particularmente, os desafios do envelhecimento da população e da intensificação da concorrência global. Torna-se então essencial que a Europa atue ao nível da promoção do emprego da população ativa que não só é progressivamente menor em número, sendo acompanhada por um aumento dos inativos reformados, como é fortemente atingida pelo desemprego. É por isso que a UE-27 reconhece a importância do fomento do emprego do trabalhadores mais velhos que, devido ao prolongamento da vida ativa, terão necessidade de adquirir e desenvolver novas competências ao longo da vida.

Um outro documento através do qual a UE-27 apontou medidas de incentivo à atividade profissional dos mais velhos foi o *Employment policies to promote active ageing 2012*²³, focado na temática das pensões seguras e sustentáveis, cuja publicação ocorreu em 2012, o Ano Europeu para o Envelhecimento Ativo e a Solidariedade entre Gerações. Neste documento, a Comissão Europeia propõe um conjunto de medidas para apoiar as reformas nacionais, procurando criar melhores oportunidades para os trabalhadores mais velhos, adaptar o mercado de trabalho e as práticas laborais a estes trabalhadores e encorajar vidas ativas mais longas. É proposto, também, “o desenvolvimento de esquemas complementares de pensão de reforma privada, no sentido de alcançar um certo nível de segurança dos sistemas de pensão e continuar a monitorizar a adequação, sustentabilidade e segurança das pensões, apoiando as reformas nacionais ao nível da União Europeia” (2012, p.9).

A respeito das orientações europeias em prol de políticas de emprego para os trabalhadores mais velhos, convém destacar a significativa diversidade reconhecida entre os países membros e que é tributária das suas especificidades nacionais. Estas sentem-se nomeadamente quanto aos processos de implementação dessas medidas, o

²³ White Paper.

que se relaciona com as diferentes dificuldades no consenso entre governos, sindicatos e associações patronais e com conflitos de natureza política daí decorrentes, bem como consequências sociais e económicas (Lopes; Gonçalves, 2012).

No relatório *Employment policies to promote active ageing 2012*, a UE-27 propõe as seguintes medidas de incentivo à permanência dos mais velhos no mercado de trabalho, a saber:

- aumento da idade da reforma e da idade a partir da qual a pensão pode ser atribuída, proporcionando um incentivo negativo para a continuidade da atividade profissional;
- aumento dos benefícios de pensão de acordo com anos adicionais trabalhados, proporcionando um incentivo positivo para continuar a trabalhar;
- adaptação das pensões para facilitar o trabalho contínuo depois da reforma, incluindo a reforma antecipada;
- redução acesso aos esquemas de reforma antecipada que alterará os incentivos para sair da força de trabalho mais cedo.

A primeira forma através da qual as pensões de reforma e os subsídios têm sido adaptados para enfrentar e atenuar o problema do aumento da participação das pessoas mais velhas no mercado de trabalho é o aumento da idade estatutária a partir da qual os indivíduos se podem reformar. Na atualidade, as idades da reforma nos Estados-membros variam entre os 62 e os 69 anos, sendo que este limite etário está, em vários países, em processo de aumento gradual. Outras mudanças estão a ser implementadas em simultâneo nos períodos de contribuição para elegibilidade para a pensão de reforma por velhice.

Uma segunda medida para aumentar a participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho é o incentivo do prolongamento da vida ativa e, como tal, o adiamento da reforma através de incentivos na forma de direitos de pensão adicionais por tempo de trabalho exercido após a idade oficial de reforma. Estes incentivos financeiros assumem, geralmente, a forma de um montante fixo, de uma percentagem a acrescentar à pensão do idoso, ou ambas. Para além disso, o cálculo dos incentivos é feito a partir de uma base temporal variada.

Uma terceira estratégia é a introdução de medidas que permitem que os trabalhadores que se reformam possam continuar a trabalhar e receber, em paralelo, a pensão de reforma e os rendimentos provenientes do trabalho realizado, ainda que

predomine uma tendência para a proibição da condição simultânea de trabalhador e reformado. Esta medida surte ainda efeitos ao nível da redução de trabalho não declarado realizado pelos pensionistas.

Outra abordagem usada em alguns Estados-membros passa pela restrição das regras de acesso à reforma antecipada, nomeadamente pelo aumento da idade a partir da qual a reforma antecipada é possível, por maiores penalizações para quem se reforma antecipadamente ou mesmo pela abolição do direito de reforma antecipada.

Não obstante as orientações europeias e as próprias medidas identificadas pelos estados, o contexto de crise económica e financeira vivenciado na Europa desde 2008 surtiu efeitos negativos ao nível das estratégias de envelhecimento ativo, pelo que a resposta mais imediata adotada por alguns países se tem baseado essencialmente no ajustamento dos sistemas de pensões e de reformas por via, nomeadamente, da restrição do acesso às mesmas (Cornilleu cit. por Lopes e Gonçalves, 2012).

A UE-27 (2012a) reconhece que as medidas de intervenção no âmbito do envelhecimento ativo e, em concreto, do mercado de trabalho, devem ser de cariz compreensivo e de natureza diversa, nomeadamente:

- ao nível individual, assegurando a empregabilidade dos indivíduos mais velhos;
- ao nível organizacional, criando medidas que melhorem as oportunidades para os trabalhadores mais velhos permanecerem no ou retornarem ao mercado de trabalho;
- ao nível político, criando medidas e/ou estratégias que proporcionem condições para os *stakeholders* envolverem com sucesso os trabalhadores mais velhos na força de trabalho.

Aspetos relacionados com a saúde a longo-prazo são centrais para uma força de trabalho envelhecida, pelo que os Estados têm adotado políticas que melhorem as condições de trabalho e mantenham o bem-estar dos trabalhadores mais velhos.

O aumento da idade da reforma tem sido uma medida particularmente importante no sentido do aumento da participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. Nalguns países registaram-se, também, alterações ao nível dos períodos contributivos exigidos para elegibilidade para a pensão de reforma por velhice, bem como ao nível da equalização da idade da reforma para homens e para mulheres.

Vários países europeus oferecem incentivos financeiros aos trabalhadores que estão perto de atingir a idade legal de reforma para que permaneçam mais tempo no trabalho. Os incentivos são, normalmente, calculados com base nos períodos

contributivos dos trabalhadores, podendo assumir a forma de uma quantia fixa e única ou de uma percentagem que acresce à pensão final.

Uma outra área de intervenção passa pelo desincentivo ou pela restrição da reforma antecipada que, até recentemente, dominou o panorama de emprego para os trabalhadores mais velhos na Europa. A remoção dos mais velhos do mercado de trabalho funcionou, de facto, enquanto mecanismo de promoção do desemprego juvenil (Taylor; Taylor, 2006). Há, contudo, que atentar que a reforma antecipada funciona em várias situações como mecanismo de saída do mercado de trabalho para indivíduos com más condições de trabalho e difíceis condições de saúde para os quais as saídas alternativas do mercado de trabalho podem ser mais penosas em termos financeiros (Pollak, 2009).

As principais alterações aos esquemas de reforma antecipada ocorreram essencialmente nos seguintes níveis (Comissão Europeia, 2012a):

- aumento da idade mínima a partir da qual o trabalhador pode reformar-se antecipadamente ou aumento de período de contribuições requerido para ser elegível;
- aumento dos custos, para o trabalhador e para o empregador, através, por exemplo, do corte do valor da pensão da pessoa idosa ou do aumento das contribuições para a segurança social pagas pelos empregadores, de acordo com a idade dos seus empregados em processo de reforma antecipada;
- remoção dos direitos de reforma antecipada e remoção de formas específicas de esquemas de reforma antecipada, incluindo aqueles em que são concedidas com base no desemprego.

O estímulo à reforma antecipada acabou por ser um mecanismo acionado como uma forma de escape ao desemprego prolongado o que, atualmente, tem sido uma via contrariada pelos Estados com a questão da sustentabilidade dos sistemas de segurança social. No âmbito das estratégias de saída dos mais velhos do mercado de trabalho são também comuns esquemas de subsídio de desemprego. Alguns países colocaram em vigor medidas preventivas deste problema, restringindo o acesso dos trabalhadores mais velhos aos benefícios de desemprego e tornando esses benefícios menos generosos. Também a pensão por invalidez tem sido uma opção para os trabalhadores mais velhos que se querem reformar mas não preenchem ainda condições para tal.

As medidas têm-se centrado essencialmente no adiamento da idade de reforma, na retirada de benefícios à reforma antecipada e na alteração das fórmulas de cálculo do valor da pensão com o objetivo levar os indivíduos a prolongarem o seu tempo de

atividade profissional. Contudo, é também crucial que as empresas estejam dispostas a reter e/ou contratar indivíduos mais velhos e, além disso, que organizem o trabalho e esquemas de formação que continuem a tornar o trabalho atraente e recompensador para os indivíduos. Isto passa, nomeadamente, por alterações no local de trabalho, por uma reorganização do trabalho desenvolvido, pela possibilidade de trabalho a tempo parcial e por formas de transição gradual para a aposentação. É ainda fundamental que haja um investimento em capital humano e na aquisição e desenvolvimento de novas competências exigidas pela evolução tecnológica é fundamental para que os trabalhadores mais velhos, particularmente, mantenham níveis de produtividade satisfatórios e, portanto, se mantenham como um recurso relevante para as organizações comparativamente, nomeadamente, com os trabalhadores mais novos.

Moreira et al (2012) são perentórios ao afirmar que a permanência ou entrada dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho passa, em larga medida, por uma intervenção ao nível da mudança de representações e atitudes das entidades empregadores para que estas encarem os trabalhadores mais velhos como uma efetiva mais-valia. Só assim se conseguirá um efetivo aumento da participação dos mais velhos no mercado de trabalho que reduza o efeito potencialmente negativo da diminuição esperada da população ativa. Defendem ainda os benefícios de uma força de trabalho diversificada, nomeadamente em termos etários com vantagens ao nível da experiência, conhecimentos e competência adquiridas ao longo da trajetória profissional e que podem ser mobilizados não só para a atividade dos próprios como para a transmissão aos mais novos.

Após terem analisado os motivos pelos quais os indivíduos optam por sair do mercado de trabalho através da aposentação, Moreira et al (2012) avançam com algumas pistas para o aumento da participação dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho. Consideram que é necessário reconsiderar a associação tradicional entre antiguidade e salário (e à tradicional associação entre antiguidade e salários mais altos). Em alternativa, propõem que os salários sejam sobretudo alinhados com a produtividade. Frisam ainda a relevância da atualização de competências dos indivíduos mais velhos, no âmbito de uma aprendizagem ao longo da vida. Consideram ainda ser de grande relevância a aposta em pacotes de incentivo à contratação de indivíduos mais velhos e em situação de desemprego.

O incentivo à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho deve ser acompanhado necessariamente de condições de trabalho adequadas. O

Eurostat (2012a) reconhece que o aumento das taxas de participação laboral dos mais velhos implica que a “*requalificação se torne num instrumento que permita evitar competências obsoletas*” (p. 37). Afirma, ainda, que a aposta na sua formação deve partir da iniciativa do Estado ou das entidade empregadoras, já que os seus custos financeiros e o tempo envolvido podem não justificar a opção individual, sobretudo se os custos forem maiores dos que os benefícios imediatos.

Os programas de aprendizagem ao longo da vida e da definição de trabalhos ou de esquemas adaptados à idade são percebidos enquanto cruciais para a melhoria não só da participação dos trabalhadores mais velhos na força de trabalho e da valorização das suas capacidades produtivas, mas também da sua participação e contribuição na e para a sociedade. Investigações feitas por especialistas finlandeses e suecos notam que as evidências empíricas sugerem que um nível educacional elevado está positivamente correlacionado com as taxas de emprego sénior, e que um elevado nível de formação profissional está associado à maior longevidade no mercado de trabalho entre os trabalhadores seniores (Eurostat, 2012a).

Uma outra componente essencial para prolongar a vida ativa é a melhoria das condições de trabalho e a aplicação de políticas de melhoria da saúde dos trabalhadores mais velhos, a longo-prazo. Existem evidências de que a melhoria das condições de trabalho é eficaz na promoção e manutenção dos seniores no emprego (Pollak, 2009). Além das recompensas pecuniárias, como os rendimentos, serem importantes para a satisfação no trabalho, outros fatores há de cariz não pecuniário, como a segurança e a higiene no trabalho.

A ação das entidades empregadoras tem-se revelado também importante para a melhoria da taxa de emprego dos mais velhos na Europa, através de um corpo de boas práticas no recrutamento com base na igualdade em termos de idade (EUROFOUND, 2006). Os incentivos às entidades patronais podem ser divididos em duas categorias: redução ou eliminação das contribuições dos empregadores para a segurança social; atribuição de subsídios estatais sob a forma de bónus fixos, de subsídios salariais e de desemprego (Comissão Europeia, 2012a). Contudo, estes programas direcionam-se essencialmente para indivíduos mais velhos em situação de desemprego de longa duração e não propriamente para o segmento de trabalhadores mais velhos, em geral.

No âmbito das reformas de resposta ao envelhecimento demográfico, também a OCDE (1998) apresentou um conjunto de medidas de resposta a este fenómeno. Propôs sete medidas: reforma dos sistemas públicos de pensões, de finanças e dos programas de

transferência social devem ser reformulados para que não seja incentivada a saída precoce do mercado de emprego e sejam criados incentivos financeiros ao prolongamento da vida ativa; criação de mais oportunidades de emprego para os mais velhos e desenvolvimento de competências necessárias para o efeito; desenvolvimento de um programa de consolidação financeira para redução dos défices orçamentais, o que pode envolver uma redução das despesas e o aumento da tributação sobre estas; criação de sistemas mistos entre contribuições públicas, planos privados e poupanças, para que se assegurem as transferências entre gerações e para que os indivíduos tenham uma maior possibilidade de escolha individual no momento da reforma; melhor razão custo-eficiência dos sistemas de saúde pensando, sobretudo, no cuidado aos mais velhos; evolução simultânea dos sistemas de pensões com a infra-estrutura financeira do mercado, o que passa por um sistema regulatório moderno e eficaz; funcionamento articulado das estruturas sociais para uma harmonização da idade da reforma com a implementação de estruturas públicas de apoio.

A preocupação demonstrada pela OCDE, e traduzida neste pacote de recomendações, evidencia o facto de que o envelhecimento demográfico é um fenómeno presente em vários países cujos impactos são sentidos além do espaço europeu.

Para Gautié (2005) compreender as causas da saída precoce dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho e identificar os fatores que poderão estar subjacentes à sua permanência são aspetos centrais no atual contexto de envelhecimento demográfico. Um estudo realizado pelo autor a respeito da gestão dos ativos mais velhos e das ligações intergeracionais em grandes empresas – onde é mais evidente o recurso à reforma antecipada, demonstrou uma forte correlação entre idade e antiguidade. O autor afirma que *“os assalariados mais velhos constituem uma verdadeira «geração» no sentido sociológico do termo: eles conheceram, durante a maior parte da sua carreira, as profundas alterações que as empresas registaram ao longo dos (...) anos”* (p. 1-2). Gautié chegou a importantes conclusões: que às entidades patronais estudadas importava mais a produtividade do que os custos de integração de novos trabalhadores, em substituição dos mais velhos que saíram; a existência de uma associação entre trabalhadores mais velhos e dificuldades acrescidas na adaptação a inovações técnicas e organizacionais, ainda que não esteja comprovada uma causalidade entre estes dois aspetos; a procura de trabalhadores com níveis mais elevados de qualificação o que, em vários casos, não se compadece com as habilitações dos mais

velhos, situação tributária de uma diferente realidade social; a codificação de saberes tácitos, transmitidos por via de ações de formação, retira uma vantagem competitiva aos mais velhos que, antes, radicava na sua maior experiência profissional face aos mais velhos; maior valorização de competências relacionais, as quais atribuem vantagem aos mais jovens tanto por terem um período de aprendizagem inferior ao das competências técnicas específicas, como pelo contexto de socialização dos primeiros onde é maior a valorização deste tipo de competências; uma maior valorização da experiência na base da estrutura hierárquica e menor no seu topo, ainda que os resultados obtidos apontem para uma complementaridade entre uma melhor competência técnica dos mais jovens e uma maior experiência dos mais velhos.

Gautié observou ainda que, apesar da reforma antecipada ser comum nas empresas que investigou, estas têm procurado reverter esta cultura de “saída precoce”, transmitindo aos seus funcionários a ideia de que a cessação antecipada da atividade profissional não será mais possível no atual contexto demográfico e económico. O autor remata, afirmando que *“através do recurso à saída precoce dos séniores, muitas empresas evitaram ter que fazer uma reflexão em torno da gestão desses activos [sendo que manter os mais velhos no emprego] exige que o funcionamento do mercado interno se passe de uma gestão segmentada por idades para uma gestão segmentada por competências”* (2005, p. 4).

No caso concreto das medidas definidas por Portugal quanto ao emprego dos seus trabalhadores mais velhos destaca-se a referência ao “*envelhecimento em atividade*” constante no Plano Nacional de Emprego de 1999, com ênfase nas políticas para a permanência dos trabalhadores mais idosos no emprego e no desempenho dos sistemas de proteção social, impeditivos da saída precoce do mercado de trabalho. Apesar das significativas debilidades ao nível da qualificação académica e profissional da sua mão-de-obra mais velha, nesse ano Portugal estava acima da média definida em Estocolmo. A partir desse ano, os Planos de Emprego nacionais assumem formalmente a expressão envelhecimento ativo. Anos mais tarde, em 2007, o governo formula uma Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo na qual definiu três prioridades estruturadas segundo objetivos específicos: estimular a permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho (melhorar a qualidade do trabalho, promover as condições mais favoráveis ao prolongamento da vida ativa); valorizar e promover o conhecimento dos trabalhadores mais velhos (acesso à educação e formação, valorização da experiência profissional); prevenir e combater o desemprego dos

trabalhadores mais velhos. Estas prioridades foram retomadas em documentos subsequentes. Não obstante estas medidas, também em Portugal as principais alterações observadas no âmbito de uma estratégia de envelhecimento ativo se prenderam com a reestruturação do sistema de segurança social, ocorrida em 2007.

Apesar da relevância do conjunto alargado de medidas adotadas, é importante considerar o efeito perverso de algumas destas políticas, pois algumas partem do pressuposto do idoso enquanto categoria social constituída por indivíduos excluídos e carenciados, “*necessitando que instâncias competentes promovam as ações que irão recair em seu benefício*” (Fernandes, 2007a, p. 160). Não obstante, o aumento dos indivíduos em situação de reforma, a alteração da estrutura social deste grupo poderá contribuir para um processo de reconstrução com consequências ao nível das concepções de velhice e do que é ser velho nas nossas sociedades. Estas políticas sociais de velhice podem, de facto, contribuir para reforçar a representação social das pessoas idosas enquanto categoria social, constituída por pessoas segregadas, carenciadas e mesmo estigmatizadas. A sua produção pressupõe que o idoso não está integrado e não tem capacidade para escolher o seu modo de vida e parte ainda do pressuposto de que se trata de uma categoria homogénea. A autora considera que foram e são os pressupostos menos corretos sobre a velhice enquanto sinónimo de dependência que ajudam a justificar os fracos resultados das políticas da idade em Portugal.

Por fim, importa reforçar que, sendo a discriminação com base na idade o principal obstáculo ao aumento da taxa de participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2012a; Eurostat, 2012a), todas as medidas definidas e implementadas, a nível europeu e nacional, devem visar em primeira instância o combate ao idadismo. De outra forma estarão permanentemente em causa os esforços feitos a nível europeu, nacional e individual para aumentar a participação dos trabalhadores mais velhos.

De acordo com um relatório recente produzido no Reino Unido (Comissão Europeia, 2012a), o idadismo é a forma mais comum de discriminação na Europa. Foi aplicado um inquérito a habitantes de 28 países europeus, sendo que 35% declarou que foi já tratado de forma injusta por causa da sua idade, enquanto 25% declarou que experienciou discriminação com base no sexo e cerca de 17% declarou ter experienciado discriminação racial (p. 32). Foi precisamente a verificação de situações de discriminação com base na idade e o reconhecimento da sua expressão que estiveram na base da elaboração de legislação relativa a situações discriminatórias com base na

idade, à semelhança daquela existente em relação ao sexo, etnia, deficiência, entre outros. Em consequência, em 2009 foi emitida uma diretiva europeia para o igual tratamento no emprego, incluindo vários graus de discriminação, incluindo a idade. Em concreto, as leis anti discriminação concebem a existência de discriminação com base na idade desde que esta seja positiva. No caso do mercado de trabalho, estas leis consideram a possibilidade de existirem condições diferenciadas para o exercício de uma atividade profissional em função da idade dos indivíduos se esta for entendida enquanto variável determinante do exercício profissional ou colocar em causa o bem-estar dos indivíduos. É exemplo disso o disposto no enquadramento legal das carreiras de medicina e enfermagem, acerca da possibilidade dos médicos e enfermeiros com idade igual ou superior a 50 anos abdicarem do exercício do trabalho noturno em função do desgaste físico e psicológico associado.

Apesar de todo o conjunto de alterações introduzidas aos sistemas de pensão com o intuito prolongar a trajetória profissional dos indivíduos, é importante considerar que, *per si*, estas não são passíveis de contribuir para melhorar a situação dos trabalhadores mais velhos. Funcionam, essencialmente como a principal pré-condição para aumentar a duração das carreiras profissionais. Este facto salienta a necessidade de avaliação das políticas de envelhecimento ativo na UE-27, nomeadamente aquelas que se direcionam para o mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2012a).

A promoção do prolongamento da atividade profissional dos mais velhos constituiu um grande desafio para a Europa. Os valores europeus radicam em estruturas sociais de apoio ao rendimento, proteção no emprego e garantia do sistema de pensões, os quais devem ser agora articulados com a procura de uma superioridade económica no mercado global, marcado por elevados níveis de produtividade, performance e crescimento (Platman, 2009). A missão e os valores europeus poderão estar comprometidos quando não conseguirem assegurar os cuidados de saúde de elevada qualidade, garantir empregos satisfatórios para todos e assegurar o sistema de pensões. Coloca-se então a questão de saber como se poderão conciliar os objetivos de uma justiça social para uma força de trabalho envelhecida em rápido crescimento com a necessidade de mão-de-obra agressiva e inovadora. Se por um lado isto implica empregos de qualidade para os trabalhadores mais velhos, investimentos a longo prazo na aprendizagem ao longo da vida e direitos de trabalho que ofereçam proteção contra a discriminação com base na idade no local de trabalho, por outro a busca de prosperidade numa economia do conhecimento implica práticas de trabalho competitivas, uso

crescente de contratos de trabalho atípicos e estratégias de inovação de elevado risco. O risco daqui decorrente é que tais práticas competitivas se traduzam em empregos de má qualidade, formas de trabalho inseguras e acesso inadequado a formação e oportunidades de carreira para gerações de trabalhadores mais velhos, especialmente para os que se encontram perto da idade da reforma.

Em suma, poder-se-á afirmar que não existem respostas únicas para a questão do envelhecimento demográfico, sendo fundamental considerar o contexto social, cultural, laboral, político e económico em causa e, com base neste, adequar as estratégias de intervenção. Prova disso é a existência de políticas neste domínio diferenciadas entre países-membros da UE-27, não obstante a definição de grandes metas. É fulcral que os países procedam a mudanças estruturais, que vão de alterações nos enquadramentos legais do acesso à reforma (pelo aumento da idade legal de acesso a esta ou pela alteração da fórmula de cálculo da pensão) devendo-se procurar antes agir sobre o edifício normativo das sociedades que define a forma como estas percecionam e encaram o processo de envelhecimento.

Para Guillemard (2003) o cerne das políticas de envelhecimento ativo reside de facto numa mudança de mentalidades e representações sobre o processo de envelhecimento. No que diz respeito, em concreto, ao mercado de trabalho, a autora defende a necessidade de serem dadas mais oportunidades aos mais velhos e daí considerar que as políticas de emprego de promoção do envelhecimento ativo se devem basear no desenvolvimento do capital humano, por via de programas de formação e aprendizagem, da existência de condições de trabalho adequadas e da existência da possibilidade de escolha quanto aos processos de saída do mercado de trabalho. Frisa, ainda, a importância de uma nova lógica de distribuição entre tempo de trabalho e a idade possibilitando, assim, a existência de trajetórias profissionais múltiplas e menores constrangimentos aos trabalhadores mais velhos. Reconhece, ainda, a extrema importância do apelo que as políticas públicas devem fazer contra a discriminação com base na idade, nomeadamente ao nível das relações entre pares e das políticas de gestão de recursos humanos. Alerta, por fim, para a necessidade de uma gestão integrada das idades em substituição de uma gestão segmentada por idades. Considera que só assim será possível manter a coesão social no atual contexto de envelhecimento populacional e pressão sobre os sistemas de proteção social, sobretudo no que concerte à solidariedade geracional. A Finlândia e os Países Baixos são exemplos desta opção por uma mudança estrutural sobre o paradigma do envelhecimento e não apenas das alterações das regras

de passagem à reforma. Estes países optaram pelo incentivo ao envelhecimento ativo e ao desincentivo da saída antecipada do mercado de trabalho, tendo para tal contado com a necessária colaboração dos parceiros sociais na criação e aplicação de medidas, ao nível nomeadamente da criação de sistemas de aprendizagem potenciadores de uma alteração da lógica interna do sistema interno de proteção social (Eurostat, 2012c).

Por fim, importa referir que tanto na UE-27 como em Portugal, qualquer política de emprego e formação profissional que, em sentido lato, se insiram na promoção do envelhecimento ativo, devem estar fortemente associadas ao processo de envelhecimento demográfico da população ativa, nomeadamente às previsões de mão-de-obra e de evolução do mercado de emprego para a população mais velha (Fernandes, 2007a).

4.3. TRANSIÇÃO ENTRE O TEMPO DE TRABALHO E A APOSENTAÇÃO

Nos pontos anteriores justificámos a necessidade dos Estados em implementarem políticas de emprego com vista a uma maior participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, enquanto resposta aos desafios do processo de envelhecimento demográfico e da pressão financeira sobre os sistemas de proteção social, nomeadamente pelo pagamento de pensões. Discutidas as consequências do envelhecimento demográfico a um nível macro, é chegado o momento de analisarmos os seus efeitos a um nível micro, ou seja, sobre os indivíduos. Em concreto, sobre a sua perspetiva relativa à passagem de uma situação de trabalho, e de atividade portanto, para a aposentação e, logo, de inatividade. Iremos discutir como é que os indivíduos mais velhos percecionam as novas dinâmicas do mercado de trabalho e se posicionam em relação às políticas de incentivo à sua participação.

Pensar a transição entre atividade e inatividade implica considerar não apenas a dimensão produtivista mas também o lado humano. Devem portanto estar garantidas condições que tornem a reforma *“um espaço de renovada liberdade e não uma espécie de eutanásia social ou de antecâmara da morte. É preciso, pois, evitar o tão indesejável efeito-guilhotina pelo qual se passa abruptamente do sentimento de utilidade para um purgatório de inutilidade”* (Bagão Félix, 2002).

Como referido no ponto anterior, a UE-27 não pretende apenas aumentar as taxas de participação mais elevadas entre os segmentos de trabalhadores mais velhos: procura, acima disso, tornar o espaço europeu numa região altamente competitiva e líder mundial. Este objetivo não depende exclusivamente de um maior número de trabalhadores mais velhos inseridos no mercado de trabalho. Para este feito é importante que a Europa conte com uma população ativa motivada e satisfeita com o seu trabalho. Torna-se assim necessário conhecer os fatores que os impelem ora ao prolongamento da atividade profissional ora à passagem à aposentação. É ainda importante compreender como é que os indivíduos experienciam este processo de transição e, depois, como vivenciam a condição de aposentados.

Além do carácter económico de muitas medidas adotadas pela UE-27 para a manutenção dos mais velhos no mercado de trabalho, o prolongamento da vida ativa tem sido também defendido à luz de um outro aspeto: as suas vantagens para os trabalhadores, nomeadamente ao nível da sua inclusão social e do aproveitamento dos seus conhecimentos, competências e experiência acumulada (Gonçalves; Dias, 2008)

Pensar o processo de transição para a reforma implica necessariamente refletir sobre o papel do trabalho na organização da vida humana e na construção da identidade, imagem e posição dos indivíduos perante a sociedade (Fonseca, 2012b). O significado da passagem à reforma está, portanto, intrinsecamente relacionado com a importância psicológica do trabalho remunerado.

Alterações ao nível do contexto laboral ou da relação do indivíduo com o mundo de trabalho, seja por via de dificuldades no acesso, pelo desemprego ou pela passagem à aposentação, podem significar profundas alterações no funcionamento psicológico e no bem-estar dos indivíduos. Podem provocar, nomeadamente, mal-estar, stress, perda de autoestima e de controlo sobre a vida como resultados de um sentimento de inutilidade após a saída do mercado de trabalho. Mesmo para os indivíduos que perspetivam a aposentação como marco de uma fase mais tranquila e positiva das suas vidas, não se pode negar que a transição para uma situação de inatividade tem inerente algum grau de perturbação.

O impacto da saída do mercado de trabalho evidencia que o exercício de uma atividade profissional não constitui somente um meio de sustento dos indivíduos: as suas vantagens vão além do nível económico. Não obstante a existência de diferenças individuais na forma de encarar o trabalho, o desenvolvimento de uma atividade profissional e a própria inserção num contexto profissional impactam numa dimensão

mais subjetiva relacionada com a identidade, a posição na estrutura social, o sentimento de realização pessoal, autoestima, autonomia e controlo, a manutenção de uma rede de sociabilidades, a existência de situações de interação social, o desenvolvimento de competências e conhecimentos, os usos do tempo, a participação na vida económica e social. Além disso, o trabalho é ainda um meio de expressão e reconhecimento de conhecimentos e competências e, portanto, de valorização do indivíduo.

Sonnenberg (1997) resume os benefícios do trabalho em dois grupos. Em primeiro lugar, constitui um contexto de suporte, nomeadamente do ponto de vista emocional, o qual se materializa não só através das próprias organizações onde a atividade profissional é desenvolvida como através das interações mantidas através desta e pelo próprio conteúdo das tarefas realizadas. Em segundo lugar, potencia o desenvolvimento psicológico ao proporcionar oportunidades de desenvolvimento pessoal, na medida em que exige a aplicação e desenvolvimento de conhecimentos e competências, tanto para a realização do conteúdo do trabalho como para o estabelecimento de interações sociais. Para o caso, em concreto, da passagem à reforma, o autor argumenta que o impacto psicológico da mesma está intrinsecamente relacionado com o investimento profissional realizado. Assim, a posse de uma trajetória profissional satisfatória (pelo sucesso, posição, reconhecimento ou benefícios alcançados), dificultará o sucesso do processo de transição à reforma, sendo pautado por um sentimento ambivalente entre a satisfação e a insatisfação, ou resultando mesmo em frustração; pelo contrário, se o trabalho tiver representado essencialmente um meio de obtenção de recursos económicos para a sobrevivência, a transição para a reforma será mais fácil e resultará em sentimentos positivos.

É ainda importante considerar que as resistências à passagem à condição de reformado não se relacionam apenas com a valorização atribuída ao trabalho mas, também, com a associação entre reforma e velhice, à luz do paradigma tripartida de vida cujos marcadores são a entrada e saída do mercado de trabalho. Este fenómeno corresponde a dois dos quatro efeitos identificados por Kohli, Rein, Guillemard; van Gunsteren (1991) a respeito dos impactos da instituição reforma na estruturação dos cursos de vida. O primeiro corresponde à hierarquização da velhice face a outras fases do ciclo de vida pela sua associação à inatividade); o segundo, a uma “cronologização” decorrente de uma visão da reforma enquanto marcador oficial da velhice. Nestes casos, o adiamento da reforma reside numa recusa em assumir, no momento, o papel de velho.

As alterações legais de passagem à reforma adotadas por vários países nos últimos anos, dos quais Portugal não é exceção, e as próprias estratégias encontradas pelos indivíduos para o processo de transição entre trabalho e reforma têm tido como consequência direta a emergência de padrões diversos de passagem à reforma que são identificados por Fonseca (2011; 2012): a antecipação da passagem à reforma (antes dos 60 anos), a reforma em qualquer idade por reunião de motivos físicos ou de saúde, nomeadamente incapacidade física ou psicológica, a reforma quando atingidos os requisitos legalmente exigidos para a reforma não antecipada e, portanto, na idade esperada ou, ainda, através de um processo gradual de afastamento do mercado de trabalho com recurso, nomeadamente ao trabalho a tempo parcial. Estas novas modalidades de passagem à reforma funcionam como programas intermediários entre trabalho e reforma. O autor considera ser também possível fazer uma diferenciação entre indivíduos que se reformam por sua vontade face àqueles que são levados a isso, aqueles que se reformam pelo término da sua atividade profissional face aos que o fazem por exaustão física e mental, os que optam por uma reforma gradual ou definitiva.

Para Guillemard e Jolivet (2006) estas modalidades evidenciam a plasticidade do processo e dos atores sociais neles envolvidos, a multiplicação de estatutos intermediários previstos pelos sistemas de proteção social e, ainda, por uma *“deslocação das fronteiras entre os riscos sociais”* (p. 221) que estão na base de crises de legitimação dos próprios sistemas de proteção social. Frisam ainda a sua importância no questionamento da ordenação tripartida das etapas sucessivas da vida dominante durante um longo período e que, como já discutido anteriormente, perspetiva a reforma enquanto um marcador oficial da velhice. Este processo acarreta uma desarticulação entre tempos sociais, isto é, entre os grandes blocos de tempos que a sociedade define para coordenar as atividades que considera mais relevantes, como é o caso de trabalho. Neste caso, há uma desarticulação entre os tempos tradicionalmente associados à atividade e à inatividade. As autoras chamam ainda a atenção para a emergência de novas formas de trabalho que tornaram os seus tempos mais fragmentados e heterogêneos, a par de uma diversidade de horários e de modalidades de trabalho mais flexíveis e atípicas. Estas novas dinâmicas do mercado de trabalho resultam numa complexificação das trajetórias profissionais cujos efeitos são especialmente sentidos entre os trabalhadores mais velhos.

Estes novos padrões de transição para a reforma são marcados por riscos específicos que são identificados por Fonseca (2011; 2012). No caso da reforma antecipada, sobretudo se por volta dos 50 anos, são comuns duas situações: para os indivíduos mais centrados no trabalho, a reforma pode ser encarada enquanto marco definitivo de passagem à condição de velho e, portanto, pode acarretar sentimentos de inutilidade, frustração e perda de sentido para a vida; para os restantes, a passagem à reforma pode constituir uma oportunidade de reorganização da vida e de criação de novas rotinas e desenvolvimento de projetos pessoais e profissionais. A reforma numa idade mais tardia, em que a vontade de descansar se sobrepõe a uma atitude mais dinâmica e empreendedora e onde a probabilidade de doença e menor capacidade é tendencialmente maior, diminui as possibilidades de desenvolvimento destes projetos, bem como quando a reforma é imposta aos indivíduos, e não é, portanto, uma escolha.

A reforma aos 65 anos, a idade legalmente estipulada para a passagem não antecipada à reforma em Portugal, é entendida pelo autor como um elemento de normatividade social e que pode, também, originar duas situações distintas. Alguns poderão ver neste limite legal o reconhecimento de menores competências e capacidades associadas globalmente e todos aqueles que atingem esta idade; outros, sobretudo aqueles que desenvolveram profissões menos diferenciadas, poderão encarar este momento como marco oficial de passagem a uma situação de repouso e bem-estar enquanto recompensa face à sua trajetória profissional. Relativamente à reforma tardia, nomeadamente pela opção por processos de transição gradual entre trabalho e reforma, o autor destaca reações distintas em função dos motivos subjacentes ao término da vida profissional. Não é possível comparar, portanto, situações de reforma tardia por falta de meios económicos de subsistência com aquelas em que tal aconteceu porque a atividade profissional desenvolvida era satisfatória. A reforma tardia pode, ainda, observar-se entre pessoas para as quais o término de uma atividade profissional não faz sentido, independentemente da idade em que ocorra.

Fonseca (2011) apresenta vários dos efeitos da transição à reforma, nomeadamente: i) na condição financeira, na medida em que a passagem representa, regra geral, uma diminuição dos rendimentos que é tendencialmente maior considerando o aumento do custo de vida; ii) no estilo de vida, em concreto em relação à passagem de uma rede de sociabilidades para uma situação de isolamento social; iii) no uso do tempo que, se antes era estruturado em função do trabalho, passa a ter que ser preenchido com novas atividades que se espera serem úteis e satisfatórias; iv) na saúde,

não obstante a relevância da adoção de um estilo de vida saudável ao longo de todo o ciclo de vida para que, na velhice, sejam menores as probabilidades de doença e incapacidade, a verdade é que o envelhecimento biológico implica necessariamente um declínio físico; v) na vida conjugal, a qual pode potencialmente ser alterada se ocorrer um desfasamento entre a passagem à reforma dos dois cônjuges que impossibilite, portanto, um assumir conjunto de novos papéis sociais condicentes com a condição de reformados; vi) na vida familiar, na medida em que a família exige dos mais velhos o assumir de novos papéis, nomeadamente de cuidadores dos netos, o que lhes permite, de alguma forma, preencher o vazio deixado pelo término da atividade profissional, não obstante a existência de situações em que é a própria família a cuidar dos mais velhos, sendo a relação estabelecida de carácter assistencial; vii) nas relações sociais, na medida em que uma das principais preocupações manifestadas pelos indivíduos aquando a passagem para a reforma se prende com uma diminuição dos contactos sociais, potenciadora de uma menor integração social; viii) pela mudança de residência, dado que a passagem à reforma é algumas vezes acompanhada pela intenção de regresso ao local de nascimento ou mudança para um local mais tranquilo o que pode, também, significar um maior risco de isolamento social; ix) na identidade, pessoal e social, abalada pelo sentimento de perda da identidade profissional que antes localiza os indivíduos na esfera social, podendo significar importância, poder e reconhecimento social e que, com a entrada na reforma, se pode transformar num sentimento de perda dessa mesma identidade.

Além dos aspetos anteriores, a reforma pode significar um momento de stress pela antecipação ou pela verificação da dissonância entre o padrão de vida idealizado para este momento da vida e o efetivamente vivenciado, bem como pela experiência de perdas sucessivas, a par de um conjunto de mudanças, pela alteração do autoconceito, nomeadamente pela associação entre reforma e velhice, com todos os estereótipos associados e por um sentimento de insegurança, nomeadamente ao nível económico.

Guillemard e Jolivet (2006) defendem que para os trabalhadores mais velhos a reforma é muitas vezes encarada como uma recompensa justa pela sua trajetória profissional. Estes preferem sair do mercado de trabalho, mesmo que precocemente, do que continuar a trabalhar e serem encarados como velhos. A este respeito, é importante recordar que a discriminação com base na idade é o principal obstáculo à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho. A isto acrescentam que a

situação de reforma antecipada é, para as entidades sindicais, preferível à situação de desemprego.

É ainda importante considerar a importância do contexto social e cultural no qual os indivíduos estão inseridos, e que é reproduzido pelas instituições sociais, seja de forma positiva ou negativa, que influencia a forma como estes experienciam os processos de envelhecimento e de transição à reforma, podendo atuar no sentido da sua facilitação ou dificuldade. É fundamental atentar na percepção subjetiva dos indivíduos face à condição de reformados, bem como aos mecanismos de adaptação mobilizados pelos mesmos. Importa considerar que quer uma abordagem que privilegie a escolha individual racional, quer aquela que atribui maior enfoque às condicionantes de nível macroestrutural (do sistema de emprego e económico, nomeadamente) produzem uma imagem fragmentada dos processos de transição à reforma. Só é então possível compreender o fenómeno da reforma, sobretudo se antecipada, a partir de uma abordagem que conjugue o contexto global das políticas de proteção social, nomeadamente ao nível do sistema de reformas, com as dinâmicas do mercado de trabalho, as trajetórias pessoais e profissionais dos indivíduos e as suas expectativas e objetivos (Guillemard; Jolivet, 2006).

Através de um estudo realizado junto de 512 portugueses reformados, (Fonseca, 2011) procurou-se conhecer os diferentes processos de transição e adaptação à condição de reformado. O autor concluiu pela existência de uma multiplicidade de padrões de transição-adaptação à reforma em resultado de três componentes de natureza psicológica: motivações para a reforma, satisfação com a vida e fatores de bem-estar. As diferenças observadas ao nível destes processos de adaptação-transição desenvolvimental da reforma evidenciam *“a influência das condições vividas quer antes da passagem à reforma, quer depois da passagem à reforma, no impacto que tal acontecimento provoca na vida dos indivíduos”* (Fonseca, 2011, p. 94).

Ao nível das motivações para a reforma, o autor observou ainda que, para a amostra considerada, o término da atividade profissional e a consequente passagem à reforma constituiu um marco de atribuição de um novo sentido à vida, seja positivo ou negativo. Deste estudo resultou ainda a verificação de um sentimento de recompensa dos reformados por poderem usufruir da reforma e, portanto, também de um sentimento de conforto pela situação de reformados. Não foram encontradas evidências de stress neste processo de passagem à reforma. Para a maioria da amostra, este acontecimento era inevitável e, não obstante diferentes graus de expectativa face à sua concretização, a

reforma não foi encarada com receio. Pelo contrário, revelou-se um acontecimento desejado nomeadamente por dois motivos: uma maior liberdade na gestão e uso do tempo e a possibilidade de concretização de projetos e interesses pessoais. Esta evidência empírica vai de encontro a outros estudos (Young, 1989, Bossé, Aldwin, Levenson; Workman-Daniels, 1991; Joukamaa, Saarijarvi e Salokangas, 1993; entre outros, cit. por Fonseca, 2012) sobre a transição à reforma que têm defendido que esta não tem que significar necessariamente um momento de stress para os indivíduos podendo ser, pelo contrário, entendido enquanto um fenómeno normal e positivo.

As conclusões alcançadas por Fonseca no seu estudo vão de encontro aos resultados de um inquérito às atitudes sociais dos portugueses acerca da importância atribuída ao trabalho, comparativamente a outras esferas da sua vida (Ramos, Vala, Cabral; Lima, 2005). Esta investigação demonstrou duas posições distintas face ao trabalho: a vontade de dedicar menos tempo ao trabalho e a vontade de ocupar mais tempo com a família, amigos e tempos livres, sem que um implique necessariamente o outro. Atendendo a estas conclusões, a reforma pode constituir, de facto, um acontecimento positivo por possibilitar precisamente o abandono total ou parcial de uma atividade profissional e, simultaneamente ou não, um maior tempo livre para outras dimensões da vida, nomeadamente a familiar e a de lazer.

Importa ainda referir que Fonseca (2011) encontrou uma relação entre a classe social e as expectativas e interesses durante a reforma. Assim, indivíduos de classes mais baixas e, portanto, com uma menor escolaridade, recursos económicos e um fraco ou inexistente envolvimento em atividades de ocupação de tempos de lazer, demonstraram menos planos para o usufruto da reforma. O contrário foi observado entre os indivíduos de classe social mais alta e com maiores capitais económicos, culturais e sociais, os quais afirmaram um maior desejo de concretização de projetos e interesses pessoais específicos durante a reforma que podem estar, ou não, relacionados com a atividade profissional antes exercida. O nosso objeto empírico de estudo tem características que se coadunam precisamente com este último grupo. Aqueles que afirmaram desejar concretizar projetos pessoais e/ou profissionais corresponderam a um total de 75% dos médicos e 67,6% dos enfermeiros que afirmaram desejar a aposentação naquele momento.

Relativamente à satisfação com a vida e à consideração de que esta se relaciona com a avaliação feita de todo o seu ciclo, confrontando expectativas e realizações, no seu estudo Fonseca (Fonseca, 2011) observou uma avaliação de razoável de satisfação com

a vida, resultado que, confrontado com os obtidos em outros estudos nacionais, evidencia uma congruência entre a avaliação da vida feita pelos reformados e a população portuguesa, na sua generalidade. A associação entre um pior estado de saúde e o envelhecimento é, muitas vezes, confundida com a associação entre o primeiro e a reforma por esta estar precisamente associada ao tempo da velhice. Se a comparação for feita tendo como referência reformados de outros países europeus, conclui-se que em Portugal existem índices mais baixos de satisfação com a vida que derivam tanto de aspetos de cariz económico ou dos relativos à posição na estrutura social, aos estilos de vida ou à personalidade.

Não obstante a variabilidade de processos de transição e adaptação à reforma que podem resultar num maior ou menor bem-estar durante este processo, Fonseca (2011) identifica um elemento comum entre os reformados portugueses: a liberdade e o controlo sobre a vida experienciados durante a reforma. São precisamente estes dois aspetos que concorrem para um maior bem-estar individual durante este período da vida e que se desmultiplicam numa mais fácil gestão do tempo, numa maior autonomia e controlo, na possibilidade de estabelecer ou manter uma rede de sociabilidades e o desenvolvimento de atividades consideradas úteis e gratificantes.

Um aspeto central na transição entre o trabalho e a reforma passa pela flexibilização deste processo, nomeadamente por condições de transição gradual, de forma a mitigar os efeitos negativos desta passagem (Calvo, Haverstick e Sass cit. por Fonseca, 2011). Existem, de facto, uma multiplicidade de trajetórias rumo à reforma e experiências da mesma. É contudo comum a afirmação de muitos trabalhadores acerca da sua preferência por regimes de transição gradual entre tempo de trabalho e reforma. Fonseca (2012b) considera que devem ser privilegiados processos graduais de passagem à reforma que possibilitem aos indivíduos uma incorporação progressiva de novas rotinas no seu modo de vida, preservando assim a sua identidade, objetivos e sentido de utilidade social. O autor suporta-se ainda em alguns estudos que têm demonstrado os efeitos positivos desta forma de transição ao nível da saúde, bem-estar e adaptação ao processo de envelhecimento. O interesse por esta modalidade de transição gradual é entendido enquanto receio de uma rutura brusca com um padrão de vida conhecido. A criação de quadros de transição progressivo e gradual entre atividade e inatividade pode atuar ainda como instrumento de combate ao idadismo e de promoção da discriminação positiva com base na idade, nomeadamente ao nível do trabalho, esfera da vida social que mais contribui para a marginalização e exclusão dos mais velhos (Marques et al.,

2012). Para Bagão Félix (2002), a existência de padrões de transição gradual para a reforma constitui o grande desafio aos sistemas de proteção social pois só estes podem contribuir para novas formas de passagem entre trabalho e reforma, seja do ponto de vista da legislação laboral, nas opções para a tomada de decisão de aposentação, na criação de regimes conjuntos de trabalho e reforma a tempo parcial e na adoção de reformas progressivas e ainda no incentivo à participação dos trabalhadores em novas formas de atividade, como o teletrabalho.

Neste capítulo demonstrámos que nos anos mais recentes a UE-27, e Portugal, procuraram promover o envelhecimento ativo e estimular a participação dos indivíduos mais velhos no mercado de trabalho através do recurso generalizado a medidas políticas com vista à abolição dos incentivos à reforma antecipada, ao aumento da idade legal da reforma, a mudanças na fórmula de cálculo das pensões e a uma nova configuração dos sistemas de proteção social. A UE-27 procura, então, adequar a saída do mercado de trabalho a novos padrões de gestão da idade, não obstante a oposição de parceiros sociais e dos próprios trabalhadores que alegam a quebra de um contrato existente e a retirada de direitos conquistados no passado. O incentivo ao prolongamento da vida ativa é particularmente mais difícil de implementar junto dos trabalhadores mais idosos, particularmente daqueles que possuem menores habilitações, com atividades profissionais mais penosas do ponto de vista físico, nomeadamente, com profissões de baixo reconhecimento social e com maior dificuldade na adaptação às mudanças tecnológicas. Para estes, as expectativas do tempo de aposentação passam pelo descanso e pela compensação por um trajeto profissional penoso. Há que recordar que é precisamente este perfil de trabalhador o mais comum entre os trabalhadores mais velhos portugueses, não obstante ser notoriamente diferente daquele que constituiu o nosso objeto de estudo.

Comum às duas tipologias de trabalhadores é, contudo, a necessidade de aplicação de outras medidas de promoção ao prolongamento da sua vida ativa e que também têm sido consideradas pela UE-27, nomeadamente através de legislação contra a discriminação com base na idade que, no caso do trabalho, pode ser particularmente notória ao nível da progressão na carreira e no acesso a atividades de formação, proteção contra o despedimento, a definição de programas de formação para aquisição ou reciclagem de conhecimentos e competências e, ainda, por incentivos financeiros à

permanência dos indivíduos no mercado de trabalho. Ao nível das entidades empregadoras há ainda a destacar os incentivos financeiros prestados em caso de manutenção ou contratação de indivíduos mais velhos, a promoção de condições de trabalho adequadas à sua saúde e segurança e com notórios efeitos na sua produtividade ou ainda a aposta em formas de organização do trabalho mais flexíveis e que permitam um maior e mais fácil ajustamento entre as capacidades físicas e psicológicas dos indivíduos e o trabalho que desenvolvem. Em conjunto, estas medidas atuam no sentido da promoção de novas formas de transição entre trabalho e aposentação que permitem aos indivíduos manterem-se mais tempo no ativo mas em situação adequada a eventuais constrangimentos da sua idade. Não obstante, Portugal encontra-se ainda numa fase embrionária de aplicação destas medidas. A situação atual do país é marcada por uma fraca dinâmica económica, níveis muito elevados de desemprego, a persistência de atitudes discriminatórias no mercado de trabalho perante indivíduos mais velhos, a tipologia predominante de trabalhadores (pouco qualificados) e a falta de políticas de gestão da idade no tecido empresarial português que podem funcionar como condicionantes ao desenvolvimento do envelhecimento ativo em Portugal.

O futuro será marcado pela certeza das dinâmicas demográficas no sentido do envelhecimento populacional, pela incerteza da evolução económica das sociedades, pela variabilidade de respostas políticas, pelo desafio na mudança das atitudes e comportamentos das pessoas, particularmente no que respeita às representações sobre o envelhecimento e ao prolongamento da vida ativa e ainda por uma inevitável mas não fatalista tensão entre a continuidade e mudança.

CAPÍTULO V

Características e Representações Profissionais de
Médicos e Enfermeiros

Neste quinto capítulo iniciamos a apresentação dos resultados empíricos que obtivemos com a aplicação do inquérito por questionário. Recordando os objetivos a que nos propusemos nesta investigação, este quinto capítulo será dedicado à contextualização do objeto em estudo em relação aos processos de transformação social, demográfica, política e cultural ocorridos em Portugal nas últimas décadas, à análise do mercado de trabalho da saúde em Portugal e à identificação e análise das representações e as práticas do objeto de estudo face às relações entre idade e tempo.

Num primeiro momento enquadrámos os médicos e enfermeiros que participaram na nossa investigação na estrutura de recursos humanos em saúde portuguesa. Para este efeito começámos por apresentar as suas principais características à luz das transformações sociais mais relevantes e que influenciaram a sua evolução até ao presente. Explicámos também que os grupos profissionais de saúde não escapam ao processo de envelhecimento da população ativa portuguesa e refletem algumas das principais características dos recursos humanos em saúde no país, decorrentes tanto dos processos de mudanças social, cultural, política e demográfica observados em Portugal, bem como das próprias exigências profissionais. Concluímos a primeira parte dando conta dos resultados de um estudo de projeção das necessidades de médicos em Portugal para o horizonte de 2020. Este estudo confirma que o envelhecimento deste grupo profissional surtirá efeitos tanto ao nível da idade média dos médicos de algumas especialidades, bem como a possibilidade de um cenário de escassez tendo em conta o volume de saídas por aposentação.

Num segundo momento analisámos as representações entre os grupos profissionais em análise, atendendo às particularidades da prática em contexto hospitalar. Começámos por apresentar os resultados da avaliação realizada pelos inquiridos acerca dos elementos mais importantes para a sua atividade profissional e da sua relação com a idade. De seguida, explorámos as representações entre grupos profissionais com base em indicadores relativos à avaliação do trabalho do outro grupo (médicos sobre enfermeiros e vice-versa) e da influência da idade no desempenho de outros profissionais.

5.1. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS MÉDICOS E ENFERMEIROS

No Capítulo I defendemos que a compreensão dos desafios decorrentes do processo de envelhecimento será indissociável de uma compreensão alargada acerca do amplo conjunto de transformações, nomeadamente sociais, demográficas, políticas e económicas pelas quais passaram as sociedades europeias e, em particular, Portugal. Evidenciámos a necessidade de considerar particularmente o impacto dessas mesmas transformações na recomposição da estrutura das profissões em Portugal (Dubar; Tripier, 1998; Rodrigues, 2012). Destacámos, em concreto, a necessidade de atender às transformações que, em concreto, alteraram, com maior ou menos intensidade, as características profissionais e a posição dos médicos e enfermeiros portugueses na estrutura de recursos humanos em saúde (Carapinheiro, 1993; 2006; Freidson, 2008). Evidenciámos, ainda, a relevância da criação do SNS no cenário de prestação de cuidados de saúde em Portugal dando conta das transformações de que este foi sofrendo, nomeadamente ao nível da sua orientação entre uma lógica hospitalocêntrica ou direcionada para os cuidados primários (Campos, 1984). Recordámos, então, que a articulação do processo de recomposição demográfica com as transformações económicas, culturais, políticas e sociais na UE-27 e em Portugal e a análise das dinâmicas de transformação dos mercados de trabalho no setor da saúde constituíram eixos analíticos centrais desta investigação, que estiveram na base da concepção das hipóteses teóricas às quais procurámos dar respostas.

No Capítulo II mostrámos como é que estas transformações influenciaram as perspetivas sobre o envelhecimento, operando ora no sentido da desvalorização dos mais velhos enquanto indivíduos potencialmente ativos e produtivos, muito no âmbito de abordagens funcionalistas nas quais se enquadravam teorias defensoras de modelos de relação distintos entre sociedade e indivíduos mais velhos (Cumming; Henry, 1961; Havighurst, 1968), ora na valorização destes como indivíduos ativos e produtores com uma grande variedade de capitais acumulados e trajetórias de vida diversificadas (O'Rand, 2007; Phillipson, 2009).

No âmbito das referidas transformações destacamos o envelhecimento populacional com carácter progressivo e irreversível caso se mantenham as atuais

tendências demográficas, a diminuição da população ativa em resultado de uma menor fecundidade e de um aumento absoluto e relativo dos inativos por velhice, o aumento da idade média dos trabalhadores, a adoção de novas orientações políticas para o setor da saúde, particularmente ao nível da gestão das organizações de saúde e dos seus recursos humanos, a definição e aplicação de estratégias de promoção do emprego dos indivíduos mais velhos oriundas da UE-27, a cada vez mais difícil sustentabilidade do sistema de proteção social português face aos encargos decorrentes, nomeadamente com pensões por velhice e pela prestação de cuidados de saúde.

No caso concreto dos grupos profissionais de médicos e enfermeiros, destacámos o aumento significativo dos profissionais formados em consequência do acréscimo da procura do ensino superior em Portugal. Importa ressaltar, contudo, que no caso dos médicos este aumento se deveu essencialmente à abertura de mais escolas de medicina e não propriamente ao aumento do *numerus clausus* nas já existentes. O mais fácil acesso ao ensino superior teve particular expressão junto das mulheres, as quais ingressaram de forma mais expressiva em cursos como medicina, tradicionalmente ocupado por uma maioria de homens. Frisamos ainda a importância da criação do SNS e das consecutivas reformas operadas sobre o mesmo que conduziram a várias reconfigurações da organização do sistema, nomeadamente pela tentativa da passagem de uma orientação hospitalocêntrica para a primazia dos cuidados primários.

Começamos por aflorar a evolução positiva do número de médicos e enfermeiros em Portugal nas últimas décadas. Este aumento do volume destes profissionais foi sentido a dois níveis: no total de profissionais aptos ao exercício da medicina e da enfermagem, independentemente de exercerem ou não a atividade profissional (por opção, desemprego ou aposentação) e daqueles em exercício no SNS. Ao longo das últimas décadas é notório um aumento muito significativo de médicos e enfermeiros inscritos nas respetivas Ordens profissionais (Pordata (2012)). Entre a década de 1970 e 2011, a OM passou de 8156 membros para 42 796. Para o mesmo período, a OE passou de 9 541 para 64 478 inscritos. Se considerarmos apenas os profissionais a exercer funções no SNS, dados da mesma indicam que entre 1985 e 2010, o número de médicos aumentou de 21 275 para 24 710 e de enfermeiros de 31 375 para 39 814.

O aumento do volume de médicos e enfermeiros em Portugal, articulado com uma relativa estabilização do crescimento populacional cujas causas foram apresentadas no Capítulo III e que se prendem com a estabilização da fecundidade a níveis muito baixos, a par de uma baixa mortalidade e de fluxos emigratórios, justifica um ligeiro

aumento do rácio destes profissionais face à população portuguesa. Segundo dados do INE (2012a), em 2011 existiam 4,1 médicos por cada 1000 portugueses, o que equivale a um aumento de 0,9 pontos face a 2002. As regiões da Madeira, Açores e Alentejo têm apresentado sucessivamente os rácios mais baixos, contrariamente a Lisboa (com o mais elevado). A par da região Centro, o Norte foi aquela onde se observou um aumento mais significativo (4,1 em 2011). No Grande Porto, onde se localizam o HSA e o HSJ, naquele ano o rácio foi de 7,1, um valor consideravelmente mais elevado face ao valor nacional e mesmo da região Norte.

Também em 2011 existiam 6,1 enfermeiros por cada mil portugueses, o que representou um aumento de 2,1 pontos face a 2002. A região Norte registou um valor idêntico. No Grande Porto, em particular, o rácio foi de 7,6, ou seja, de mais 3,5 pontos percentuais face a 2002. Lisboa e Vale do Tejo mantêm-se como a região com o valor mais elevado, contrastando com o Alentejo e o Algarve com os rácios mais baixos, inclusive da média nacional. Contrariamente ao observado para os médicos, o número de enfermeiros nas regiões autónomas da Madeira e Açores (7,9 e 7,4, respetivamente) tem sido superior a todas as outras regiões e ao valor nacional.

Entendemos a grande concentração de médicos e enfermeiros na região do Porto como consequente não só do facto de aí existir um significativo número de organizações de prestação de cuidados de saúde de grande dimensão, como são exemplo aquelas onde exercem funções os profissionais que inquirimos como, ainda, pela elevada concentração populacional da região.

O aumento absoluto e relativo do volume de médicos e enfermeiros em Portugal resultou em situações profissionais distintas entre os dois grupos profissionais. Os enfermeiros experienciam atualmente significativos níveis de desemprego. Para os enfermeiros a generalização do acesso ao ensino superior traduziu-se num desequilíbrio entre a oferta de força de trabalho e as necessidades do SNS, situação conducente um excedente de diplomados sem inserção no mercado do trabalho. Segundo um estudo realizado pela OE, em 2010 19,91% dos jovens enfermeiros estavam desempregados, o que corresponde a um aumento de 1,2% face ao ano anterior. O Norte foi a região onde este valor foi mais elevado (59%) (Fernandes, 2011). Entre os médicos não se verificou uma situação de desequilíbrio entre procura e oferta uma vez que a formação é feita exclusivamente em instituições públicas com um número restrito de vagas, não obstante a existência de previsões de uma formação excedentária em algumas especialidades e regiões (Santana, 2009).

Relativamente ao cenário europeu, dados do Eurostat (2012) relativos a 2010 indicam uma grande diversidade na concentração de médicos e enfermeiros nos países da UE-27 para os quais existem dados disponíveis. Portugal apresenta um rácio de enfermeiros significativamente inferior a alguns países como a Noruega (19,9) e a Alemanha (12,5). Quanto aos médicos apenas a Polónia apresenta um rácio inferior a Portugal (3,5 e 3,8, respetivamente). Não obstante, Portugal apresenta uma posição intermédia e alinhada com a maioria dos países europeus no que concerne à concentração de médicos (Santana, 2009).

Prosseguiremos com uma análise mais fina das especificidades do maior volume de médicos e enfermeiros formados em Portugal nas últimas décadas. Em primeiro lugar, importa destacar que este aumento foi acompanhado por uma diferente configuração da distribuição por sexo destes profissionais consequente do forte processo de feminização do grupo profissional dos médicos e da manutenção do predomínio feminino entre o grupo de enfermagem. Além de constituir uma característica central na composição dos grupos profissionais em estudo, a questão de género é particularmente importante na análise das representações e práticas face à aposentação dado que, como discutimos no Capítulo IV, é significativamente elevada a percentagem de mulheres com idade entre os 50 e os 64 anos em situação de inatividade, seja por desemprego ou por aposentação antecipada (Eurostat, 2012a).

Segundo cálculos realizados com base nos dados da ACSS (2012a), em 2011 mais de metade dos médicos (58,4%) e uma maioria expressiva dos enfermeiros (82,7%) em exercício no SNS eram do sexo feminino. O número crescente de mulheres formadas em medicina resulta não só de um mais fácil acesso destas ao ensino superior, fenómeno enquadrado na já referida massificação do acesso ao ensino superior mas, também, de uma progressiva desconstrução de estereótipos relativamente ao papel inferior da mulher na prestação de cuidados de saúde. A prática de enfermagem sempre foi e mantém-se como uma atividade claramente associada à mulher. Historicamente, os cuidados de enfermagem estiveram sempre associados ao sexo feminino o que se traduziu numa construção profissional desta profissão colada ao estereótipo de feminilidade e de cuidado. Podemos mesmo afirmar que durante longas décadas a prática de medicina e enfermagem reproduzia a organização familiar: ao homem cabia a função de médico e, portanto, de orientação da ação das mulheres, a quem cabia o papel de enfermeiros, as quais deveriam assumir uma posição de submissão perante o médico. No caso concreto de Portugal, em finais da primeira metade do século XX foi mesmo

instituído que o acesso à prática de enfermagem era exclusivo às mulheres. Gradualmente foram sendo admitidos homens mas para especialidades específicas, nomeadamente a Urologia e a Psiquiatria.

Atentando na distribuição por sexo dos inquiridos observamos uma taxa de feminização dos enfermeiros próxima do valor nacional de 2011 (76,1%). Quanto aos médicos, a percentagem de mulheres assume um valor significativamente inferior à taxa nacional daquele ano (35,7%). No primeiro caso, o elevado número de mulheres é tributário de décadas de predomínio do sexo feminino na prática de enfermagem pelas causas já referidas. Já entre os médicos há a considerar que os participantes deste grupo tiveram a sua formação académica maioritariamente na década de 1970 durante a qual o acesso ao curso de medicina era ainda feito maioritariamente por homens. Por sua vez, os dados da ACSS incluem um número muito significativo de mulheres que desde aquele período ingressaram nos cursos de medicina e alteraram a distribuição por sexo dos formados neste grupo profissional. A taxa de feminização dos médicos participantes na nossa investigação não reflete ainda os processos de transformação social observados em Portugal nas últimas décadas e que permitiram que a mulher reivindicasse o seu papel no campo da medicina.

Importa destacar, contudo, que este equilíbrio entre género, na prática médica, não é sinónimo de igualdade. Maria do Céu Machado (2008) alerta para a existência de uma desigual distribuição por especialidades médicas, na progressão na carreira hospitalar e/ou académica e na ocupação de lugares de liderança. Uma análise da distribuição dos médicos participantes no nosso estudo reflete a associação entre o sexo feminino e a prática médica em especialidades que a autora designada como de “cinderella”, sendo exemplos a radiologia, radioterapia ou a psiquiatria. Esta designação surge para designar especialidades com formas mais suaves de contacto com o paciente e por, teoricamente, serem menos exigentes em comparação com as associadas aos homens, como são exemplo as cirúrgicas ou a ortopedia. Na nossa amostra as mulheres estão em maioria em especialidades como a anestesiologia (62,5%) ou a medicina interna (66,7%), enquanto os homens são predominantes na ortopedia (100%), urologia (100%) e nas especialidades cirúrgicas, como a cardiorácica ou a geral (83,3%). Além disso, do total de médicos na categoria profissional mais elevada, a de assistente graduado sénior, 71,4% são homens. Nas categorias anteriores há um maior equilíbrio entre sexos. No caso dos enfermeiros, apesar do significativo predomínio de mulheres, a categoria de enfermeiro principal é ocupada por 58,3% de mulheres.

Na análise do aumento do volume de profissionais em saúde há ainda a considerar a sua distribuição por tipo de organização hospitalar. A este respeito recordamos a perspetiva de Campos (1984) acerca do predomínio da orientação hospitalocêntrica e da procura de conquista de poder em contexto hospitalar que acompanharam o desenvolvimento do SNS. Após décadas em que os hospitais foram as organizações centrais da prestação de cuidados de saúde em Portugal, a criação e desenvolvimento do SNS e de novas orientações para as políticas públicas em saúde conduziram à perda da sua hegemonia (Carapinheiro, 1993). De facto, observamos hoje uma clara maior aposta na prestação de cuidados primários de saúde, muito orientados para uma lógica de prevenção que, pelas suas características, não tem lugar nos hospitais. Não obstante, uma análise da distribuição dos recursos humanos em saúde por tipo de organização hospitalar revela que a maioria destes exercem funções em contexto hospitalar, o que confirma que os hospitais mantêm ainda uma grande relevância na organização do SNS. Cálculos feitos com base nos dados relativos a 2011apresentados no Balanço Social Global do Ministério da Saúde (2012a) confirmam uma maior concentração dos grupos profissionais em estudo em organizações hospitalares. Dos 123 755 trabalhadores do SNS em 2011, 70,6% estavam afetos à rede hospitalar, 19,6% aos centros de saúde e 9,8% às unidades locais de saúde. Uma análise diacrónica revela que foi precisamente nestas últimas organizações que se observou um aumento mais significativo do volume de recursos humanos, facto que consideramos comprovar a referida aposta na rede de cuidados primários para a qual estas organizações são centrais. Não obstante, a carreira hospitalar mantém-se aquela que concentra o maior volume de profissionais de saúde.

Com base nos dados do referido Balanço, notamos que os médicos totalizavam 29,5% do pessoal dos hospitais e 26,0% dos centros de saúde, enquanto os enfermeiros correspondiam a 45,6% e 28,0%, respetivamente. Lisboa e Vale do Tejo e o Norte foram as regiões de maior concentração de recursos humanos em saúde, abarcando cerca de um terço dos trabalhadores. Importa ainda referir que foi nas EPE's, forma jurídica que foi adoptada por uma significativa parcela dos hospitais portuguesas que se verificou uma maior concentração dos trabalhadores do Ministério da Saúde (69,1%). A carreira com maior representação no SNS foi a de enfermagem (31,3%), seguida dos assistentes operacionais (21,8%) e dos médicos (20,3%). Estes dados atestam, por um lado, a importância dos hospitais na rede de prestação de cuidados de saúde em Portugal

e, por outro, que os enfermeiros constituem o grupo profissional em saúde com maior expressão absoluta e relativa na estrutura de recursos humanos portuguesa.

Além das grandes tendências anteriores, que refletem um conjunto de profundas transformações sociais operadas na população portuguesa e, em consequência, na sua população ativa, bem como de opções políticas em saúde prosseguidas por sucessivos governos, importa referir algumas das características que os participantes na nossa investigação comungam com a força de trabalho em saúde e que decorrem das suas próprias exigências profissionais.

Começamos pelas condições de acesso à prática de medicina e de enfermagem. Como referido anteriormente, durante longas décadas o exercício destas duas atividades refletiu os papéis sociais de género. A medicina era sobretudo ocupada por homens e a enfermagem por mulheres. Ainda que houvesse o reconhecimento de que a prática de enfermagem implicava algum treino técnico aliado a algum conhecimento generalista sobre doenças, havia um consenso em torno da maior importância da vocação. Em consequência, enquanto a prática de medicina sempre exigiu a posse de qualificações académicas, para a prestação de cuidados de enfermagem era suficiente o controlo do ambiente do doente e o assegurar do bem-estar possível do mesmo pelo que, então, não era necessária formação superior. Na Inglaterra vitoriana, Nightingale iniciou um movimento em defesa da necessidade da enfermagem ser encarada como uma profissão e não meramente como uma vocação. Tal provocou um movimento em defesa da formação em enfermagem, da regulação estatal da profissão e do acesso a mercado de trabalho. Neste período nasceu a enfermagem moderna ainda que ao abrigo de um modelo biomédico dominante que, ao colocar a enfermagem como atividade profissional complementar à prática médica e, então, marcada por tarefas simples com vista à necessárias à recuperação dos doentes, nomeadamente a administração de medicação, higiene e o apoio a procedimentos médicos, limitou o seu potencial de desenvolvimento enquanto profissão autónoma.

Em Portugal o desenvolvimento da enfermagem ocorreu com um significativo atrasado temporal face a vários outros países desenvolvidos. Só nas décadas de 1920 e 1930 surgiram as primeiras escolas de enfermagem e as primeiras associações da classe²⁴, as quais tiveram um papel central na sua evolução ao longo das décadas

²⁴ Associação de Classe dos Enfermeiros de Ambos os Sexos do Porto, a Associação de Classe dos Enfermeiros e Enfermeiras de Lisboa, a Associação de Classe Grémio dos Enfermeiros de Terra e Mar do Norte de Portugal e a Associação de Classe dos Hospitais Cívicos Portugueses.

seguintes. Os primeiros cursos de enfermagem em Portugal tinham uma forte vocação prática e estavam sobretudo orientados para a formação de profissionais para os grandes hospitais nacionais de Lisboa, Coimbra e Porto²⁵.

Apesar da criação destas escolas, a prática de enfermagem não estava necessariamente dependente da posse de um diploma. Nesse sentido, as associações profissionais elaboraram um projeto de regulamentação no qual propunham que o exercício da enfermagem devia ser exclusivo a diplomados em escolas profissionais, o que equivalia a uma formação de cinco anos de prática, saber ler e escrever e a aprovação num exame nas escolas de enfermagem criadas. Todavia, este projeto não foi sequer discutido. Várias outras reivindicações foram apresentadas pelas associações e sindicatos criados, nomeadamente ao nível das condições e do período de trabalho, da remuneração, da uniformização dos conteúdos ministrados nas escolas profissionais, à criação de um código profissional, entre outros aspetos.

Na década de 1940 tornou-se obrigatória a posse de um diploma obtido em escolas profissionais nas quais se instituíram três cursos: o Curso Geral (com a duração de 3 anos e habilitações mínimas o 1º ciclo), o Curso de Auxiliares (com a duração de 1 ano e seis meses de estágio e habilitações mínimas a instrução primária) e o Curso Complementar (com a duração de 1 ano após o curso geral e prática profissional e com acesso limitado à posse de habilitações mínimas ao nível do 2º ciclo liceal). A década de 1960 foi marcada por novos modelos de enfermagem tributários da influência de organismos como a OMS e dos contributos das ciências sociais e humanas que se dedicaram a um interesse (tardio) pelas questões da doença e da saúde e nas quais se inclui a sociologia. Foi nesta década também fundada a Associação Portuguesa de Enfermeiros. Na década de 1970 passou a existir um nível único de formação em enfermagem e as escolas desvincularam-se da dependência dos hospitais. Em consequência, o ensino de enfermagem foi entregue a enfermeiros docentes com uma carreira própria. O avanço tecnológico da medicina impulsionou uma nova ideologia na enfermagem fundamentada na competência técnica.

No final da década de 1980, o ensino da enfermagem foi integrado no ensino superior politécnico pela criação do Curso de Bacharelato em Enfermagem com a

²⁵Escola de Enfermeiros de Coimbra, fundada em 1881 e que em 1919 passou a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e em 1931 a Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca; Escola de Enfermeiros no Hospital de S. José, fundada em 1886 e que em 1930 assumiu a designação de Escola de Enfermagem de Artur Ravara; Escola de Enfermagem do hospital de Santo António, fundada em 1935 e que em 1953 passou a Escola de Enfermagem de D. Ana Guedes da Costa.

duração de 3 anos e os Cursos Superiores Especializados em Enfermagem, com a duração de 2 anos, conducentes ao grau de licenciado. Na década seguinte, foi criado o primeiro diploma da profissão de enfermeiro, o REPE e a tão desejada OE já aspirada desde a criação das primeiras associações profissionais no início do século XX. A OE foi de grande importância na regulamentação e controlo do exercício profissional e enfermagem, tendo desta surgido o código deontológico e o estatuto disciplinar que vieram regular a conduta profissional dos enfermeiros. No final da década de 1990, foi aprovado o Curso de Licenciatura em Enfermagem, os Cursos de Complemento de Formação e o Ano Complementar de Formação, sendo que os últimos conferiam o grau de licenciado, respectivamente, aos bacharéis já inseridos no mercado de trabalho, bem como àqueles que se encontravam em formação. Em 2001, a enfermagem foi reconhecida pela primeira vez como área disciplinar, o que se traduziu na criação do primeiro Mestrado em Ciências de Enfermagem e do primeiro Doutoramento em Enfermagem no ICBAS. Atualmente Portugal tem um único nível de formação em enfermagem pelo qual é atribuído o grau académico de licenciado. Tem a duração de quatro anos de formação e permite a inscrição na OE e o consequente uso do título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

Dados da ACSS (2012a) relativos a 2011 indicam que neste ano 65,2% dos enfermeiros do SNS eram licenciados. A restante parcela destes últimos tinha habilitações equiparáveis ou inferiores ao 12º ano de escolaridade, situação inicialmente tributária do cenário de condições de acesso à prática de enfermagem antes descrito e que não impunha a necessidade de um diploma do ensino superior para o exercício da medicina. O facto do ensino em enfermagem ter sido integrado no ensino superior politécnico português apenas em 1988 e que o grau de licenciado ter sido atribuído na década seguinte justificava a existência de uma significativa percentagem destes profissionais sem diploma do ensino superior. Não obstante, a criação da OE veio garantir que todos os profissionais em exercício possuem certificação profissional para o efeito. Os participantes deste grupo profissional na nossa investigação são exemplo do movimento de retorno dos enfermeiros às instituições de ensino para aumento das suas qualificações académicas. Verificamos que a grande maioria dos enfermeiros participantes na nossa investigação (90,5%) têm formação superior ao nível da licenciatura concluída precisamente em finais da década de 1990.

Quanto às qualificações dos médicos participantes, os resultados obtidos espelham a secular exigência de um diploma do ensino superior para o acesso ao ensino

superior²⁶. Desta forma, a maioria tem formação ao nível da licenciatura (74,8%) e os restantes possuem um diploma de doutoramento.

Importa ainda referir a significativa parcela dos médicos participantes na nossa investigação que eram doutorados (22,6%). Confrontado este valor com a realidade nacional, observámos uma significativa diferença: apenas 0,6% dos médicos do SNS em 2011 tinham concluído um doutoramento. Esta diferença será justificável pelo próprio contexto em que os profissionais por nós inquiridos desenvolveram o seu trajeto profissional, na medida em que exercem a sua profissão em hospitais escola e com uma forte componente de investigação, decorrendo daí a aposta em formação superior avançada, seja para o exercício da atividade de docente (cerca de um quarto dos médicos inquiridos indicaram serem docentes), seja pelo prosseguimento de atividades de investigação. No caso dos enfermeiros, nenhum daqueles que inquirimos concluiu este grau académico, situação que vai de encontro ao cenário nacional (em 2011, apenas 6 enfermeiros eram doutorados). Questionados acerca dos motivos pelos quais concluíram o grau de doutor, cerca de três quartos dos médicos nessa condição indicaram precisamente o desenvolvimento da carreira de docente.

Relativamente à distribuição dos médicos por especialidade, dados apresentados no estudo de projeção de necessidades de médicos coordenado por Santana (2009) revelam que, com exceção de medicina geral e familiar, no ano de 2007 a especialidade hospitalar de medicina interna foi aquela que reuniu o maior volume de profissionais, num total de 1270 entre os 17 932 médicos do SNS desse ano (7,1% do total). A distribuição dos médicos que inquirimos reflete a relevância desta especialidade, na medida em que 9,9% indicaram precisamente ser internistas.

Notámos ainda que a grande maioria dos enfermeiros participantes (87,1%) trabalha em tempo integral. Entre os médicos esta é a modalidade mais frequente (46,8%), ainda que seja também muito significativa a parcela cujo vínculo é de exclusividade (33,5%), a qual impossibilita estes profissionais de exercerem funções no setor privado. Os dados da ACSS de 2011 do Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2011 (2012a) revelam que neste ano 31,4% dos médicos tinham vínculo de exclusividade com o SNS, sendo mais comum aquela cuja disponibilidade é de 42h.

Mais recentemente a discussão em torno da exclusividade dos médicos foi relançada enquanto um dos tópicos num debate mais alargado sobre a separação entre o

²⁶ A este respeito recordamos o contexto de emergência e desenvolvimento do ensino médico no Porto e a sua ligação à criação do HSA e do HSJ apresentada no Ponto 1.5.

setor público e o privado, em que um dos vetores passaria pela passagem do atual sistema de opção para a imposição aos médicos da opção entre um ou outro setor²⁷. Citado num jornal diário (Borja-Santos; Freitas, 2013), e a respeito da separação dos médicos entre o setor público e privado, José Mendes Ribeiro, que coordenou o *Relatório Final do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar* (2012) defendeu a realização de uma experiência-piloto no HSJ para uma diferentes gestão dos seus recursos humanos pela passagem do seu vínculo para exclusividade de 40 horas semanais o que, segundo o responsável do HSJ, permitiria dispensar até 1 200 dos seus 5 600 trabalhadores. Autor de um dos raros estudos sobre pluriemprego dos médicos em Portugal, Gante Ribeiro (2011) considera que a exclusividade, *per si*, não é suficiente para uma separação entre setores público e privado. Para este é necessária uma reforma mais lata do SNS que o torne mais flexível em termos da gestão da globalidade dos seus recursos humanos.

Após termos enquadrado o objeto de estudo da nossa investigação nas principais transformações sociais de Portugal nas últimas décadas e de termos evidenciado as suas principais características profissionais, é momento de discutirmos, em concreto, de que forma o envelhecimento demográfico afeta os médicos e enfermeiros do SNS.

5.2. ENVELHECIMENTO DOS RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

Como discutimos no Capítulo III, a população portuguesa é atualmente alvo de um forte processo de envelhecimento demográfico tributário de uma diminuição acentuada da fecundidade (Fernandes, 2008; Nazareth, 2009), processo este do qual resulta uma diminuição do potencial número de indivíduos ativos e o aumento absoluto e relativo dos inativos, sobretudo por velhice. O aumento do peso dos trabalhadores mais velhos (55 aos 64 anos) constitui-se, recordamos, como um importante motivo de

²⁷ Contudo, este não é um assunto consensual, à semelhança de outras mudanças já implementadas ou em estudo e com impacto no grupo profissional médico. Vários alertas foram feitos aos impactos desta solução, não obstante a concordância da Ordem dos Médicos com a mesma (*idem*). Os alertas prendem-se, nomeadamente, com a inexistência de estudos acerca destas mudanças que permitissem uma melhor entendimento acerca dos custos envolvidos, das funções afetas ao setor privado que deixariam de ser necessárias ou do volume de saídas de médicos do SNS e das carências daí decorrentes, apesar desta medida pretender precisamente colmatar a falta de médicos no sistema nacional.

reconfiguração do mercado de trabalho (Lopes; Gonçalves, 2012). O setor da saúde, em específico, não é alheio ao envelhecimento da população ativa portuguesa (Santana; Coord., 2009). Este aspeto observa-se, particularmente, em algumas especialidades médicas em consequência, nomeadamente, da já referida regulação do número de vagas de acesso ao curso de medicina, articulada com uma forte procura que garante o preenchimento de todas as vagas, resulta na formação de um número relativamente estável e esperado de médicos. A isto acresce a elevada necessidade de médicos no SNS que leva à contratação de uma larga maioria, se não de todos, os diplomados nesta área. Todavia, resultados do estudo de necessidades de recursos humanos em saúde coordenado por Santana et al (2009) indicam que a dissonância entre as vagas de especialidade existentes, e o consequente número de médicos especialistas, e as reais necessidades do SNS levam a que algumas especialidades tenham uma baixa procura pelos diplomados em medicina e, por isso, sejam alvo de um acentuado processo de envelhecimento, questão esta que iremos explorar mais adiante. No caso de enfermagem, apesar da oferta ser claramente superior à procura, resultando daí elevados níveis de desemprego entre este grupo de profissionais, particularmente entre os enfermeiros recém diplomados, as restrições à contratação de profissionais para exercício de funções em organizações públicas dificulta um rejuvenescimento dos enfermeiros em exercício de funções no SNS. Recordamos novamente que não nos foram disponibilizados os resultados do estudo de necessidades de enfermeiros para 2020 realizado por Santana et al (2009).

Análises realizadas à evolução da estrutura etária dos médicos e enfermeiros do SNS evidenciam um gradual aumento da idade média e do volume de profissionais nos escalões etários mais velhos (ACSS, 2012a). Este aumento foi particularmente sentido entre os médicos, não obstante o aumento do volume de saídas na aproximação do final da década de 2000 em consequência das alterações no acesso à aposentação decorrentes da modificação do seu enquadramento legal. Além disso, reconhecemos que o potencial de rejuvenescimento do grupo médico sempre foi inferior ao de enfermagem, muito em conta da grande regulamentação no acesso à formação em medicina.

O volume de médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos a trabalharem nos dois hospitais considerados nesta investigação é apresentado no quadro abaixo. Notamos um aumento gradual do número de médicos ao longo da primeira década do século XXI. Esta tendência coaduna-se com a realidade nacional evidenciada anteriormente, não obstante a falta de dados sobre o total de profissionais dos dois

grupos em cada hospital para que o peso relativo deste segmento etário seja calculado. Com a mesma limitação são apresentados os dados do grupo profissional dos enfermeiros que, também em consonância com a tendência nacional, evidenciam um decréscimo do seu número absoluto nos dois hospitais.

Quadro 22. Médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos no HGJ e no HGA

Ano	HGJ		HGA	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
2001	36	36	159	104
2002	107	162	171	127
2003	94	185	170	126
2004	89	159	142	105
2005	95	145	148	118
2006	92	108	159	125
2007	104	105	167	83
2008	115	104	169	78
2009	135	91	183	95
2010	137	84	197	119
2011	139	85	207	123
2012 (1º trimestre)	137	89	204	112

Fonte: Serviços de Gestão de Recursos Humanos do HGJ e do HGA, 2012.

Segundo dados do *Inventário do Pessoal do Sector de Saúde 2011* da ACSS (2012b), 26,4% dos 1297 médicos do CHSJ e 27,2% dos 985 afetos ao CHP tinham, naquele ano, idade igual ou superior a 50 anos. Relativamente aos enfermeiros, o mesmo documento indica que 11,2% dos 2 197 daqueles em exercício no CHSJ e 13,3% dos 1 365 do CHP se encontravam no mesmo escalão etário. Não obstante as limitações à análise dos dados anteriores decorrentes da divergência entre o escalão etário que elegemos para esta investigação (55 aos 65 anos) e aqueles considerados pela ACSS, bem como da apresentação de resultados no referido Inventário por centro hospitalar e não por hospital dos dados da ACSS, parece-nos plausível afirmar que, pela elevada parcela de recursos humanos dos dois centros que é afeta aos dois hospitais considerados e pelos resultados apresentados independentemente do limite mínimo de idade dos escalões etários, é significativamente relevante a percentagem de profissionais que constituem o nosso objeto de estudo cuja idade se insere já nos escalões etários próximos da idade legal para a aposentação antecipada, nomeadamente. Este aspeto é sobretudo notório entre os médicos.

Atendendo à evidente tendência crescente de envelhecimento dos grupos profissionais em estudo, importa atentar de seguida nos cenários de previsão de recursos humanos em saúde em Portugal tendo, por base, o atual quadro de envelhecimento.

5.3. PREVISÕES DE OFERTA E NECESSIDADES DE MÉDICOS ATÉ 2020

A preocupação com a gestão de recursos humanos em saúde em Portugal no futuro, sobretudo no atual contexto de acentuado envelhecimento da população ativa, conduziu à elaboração de dois estudos sobre as *Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde* de médicos e enfermeiros. Estes foram pedidos pela ACSS e desenvolvidos por uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra, coordenada por Paula Santana. Foi seu propósito traçar o panorama de evolução da oferta dos profissionais considerados e das necessidades do SNS para o horizonte de 2020, identificando eventuais situações de défice ou excedente. Foram considerados dois cenários: um relativo à capacidade de produção dos profissionais e um outro de previsão de saídas do SNS. O ano de referência do estudo foi 2007.

Uma das principais dificuldades assumidas pela equipa que realizou o ENPRHS decorre da dependência das previsões realizadas de uma multiplicidade de variáveis algumas de forte instabilidade, nomeadamente o carácter universal do SNS, a sua cobertura geográfica, as formas de organização hospitalar, a evolução do conhecimento médico, a evolução demográfica e as políticas de saúde seguidas. Foram precisamente novas orientações políticas que conduziram a que, nem quatro anos após a conclusão destes estudos, seja já necessária a sua atualização. Entre a data de publicação e o momento presente duas situações, em concreto, alteraram os pressupostos em que a equipa se baseou em termos de oferta de recursos. Em primeiro, houve uma diminuição do volume de diplomados previstos em medicina em consequência do encerramento do curso de medicina da Universidade de Aveiro, após a sua não acreditação pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior no final de 2012. Em segundo, as alterações ao Estatuto da Aposentação, com vista ao adiamento e à mudança das condições de passagem à mesma, motivaram um mais elevado e não esperado volume de pedidos de aposentação (antecipada). A este facto pode acrescentar-se algum

descontentamento com as mudanças nas carreiras médicas e de enfermagem também operadas, sentimento facilitador da opção pela aposentação.

O menor volume de médicos disponíveis no período considerado no estudo, tanto por um mais reduzido número de diplomados como pelo aumento das saídas, teve como consequência imediata a desatualização dos valores considerados pela equipa responsável. A OM foi uma das organizações que alertou para a necessidade de atualização do ENPRHS, chegando mesmo a admitir em março de 2012 que iria levar avante um estudo científico para determinar a demografia médica portuguesa e as necessidades médicas no futuro, tanto por especialidade como por região (Lusa, 2012).

Dos dois estudos realizados, apenas aquele relativo aos médicos está disponível *online* ao público. Contactámos, sem sucesso, a ACSS e solicitámos o envio do estudo relativo aos enfermeiros. Por consequência, apenas poderemos apresentar os resultados relativos à previsão de médicos. Teremos em conta as principais conclusões alcançadas e os dados apresentados pela equipa de investigação, elaborados com base na informação de que dispunha na altura, a qual iremos confrontar com a informação mais recente, nomeadamente a relativa à saída de médicos por aposentação.

No ENPRHS torna-se claro o envelhecimento do grupo profissional dos médicos. Em 2002, 28% daqueles que exerciam a sua atividade no SNS tinham idade superior a 50 anos e, 5 anos depois, correspondiam já a 44% do total. Estes dados retratam um segmento dos profissionais em saúde globalmente cada vez mais envelhecido. O estudo revela que o processo de envelhecimento é particularmente notório na rede de cuidados primários, na qual 71% dos clínicos em exercício tinha mais de 50 anos e apenas 9% menos de 35 anos, valores que realçam a incapacidade de substituição geracional dos recursos humanos nos cuidados primários. Um maior volume de médicos mais velhos neste setor, em particular, significa uma maior probabilidade de saída dos mesmos por aposentação, o que é particularmente grave em Portugal atendendo ao baixo rácio de médicos especialistas em medicina geral e familiar (56 por 100 000 habitantes em 2007, o que resulta num dos rácios mais baixos da UE). Já na rede hospitalar, 32% dos médicos tinham, no mesmo ano, idade igual ou superior a 50 anos, pese embora 30% tivesse idade inferior a 35 anos o que indica um mais fácil rejuvenescimento do grupo profissional.

Não obstante, a equipa concluiu que o ligeiro aumento do peso do segmento de médicos com idade inferior a 35 anos entre 2002 e 2007 em exercício no SNS (de 20,5% para 23,5%) revela-se insuficiente para contrariar o envelhecimento do grupo

profissional dos médicos. A par disso, o crescente número de médicos com idade igual ou superior a 50 anos registado naquele período na rede hospitalar e nos cuidados primários, levou a equipa responsável pelo estudo a afirmar que “*o diminuto peso dos escalões etários com mais de 60 anos [revela] uma reduzida capacidade do SNS em fixar os profissionais para além da idade mínima requerida para a aposentação*” (Santana, 2009, p. 31).

O envelhecimento deste grupo profissional, e a consequente maior probabilidade de aposentação, foi um dos aspetos considerados para a elaboração de previsões de necessidade futura de médicos no SNS para o horizonte de 2020. A inclusão do volume de aposentações foi feita com base no confronto da data de nascimento dos médicos com o limite mínimo de idade para a passagem à aposentação definido no enquadramento legal do momento.

O ENPRHS evidenciava uma maior concentração de saídas no início da projeção, em 2008 portanto e, depois, entre 2016 e 2020, concluindo daí a possibilidade de carências pontuais mais sentidas a um nível micro. No total, falamos de 8 190 médicos que abandonam o SNS por aposentação, o que corresponde a 35,2% do total de profissionais em exercício em 2007. Os investigadores calculam que entre 2008 e 2020, 37,0% dos médicos com carreira médica hospitalar e 58,9% daqueles com carreira de clínica geral se aposentem sendo esta, portanto, a mais afetada. Consequência de um envelhecimento diferenciado segundo a tipologia das estruturas prestadoras de cuidados: entre 2008 e 2020 calcula-se que 26% dos clínicos da rede hospitalar e 56% dos afetos à rede de cuidados primários se aposentem. Uma análise por regiões revela ser o Alentejo aquela onde se prevê uma maior perda de médicos (41,5% daqueles que tinha em 2007), seguida do Algarve (39,5%) e de Lisboa (37,5%) em consequência do envelhecimento mais significativo dos profissionais destas regiões. Na região Norte espera-se que 14,3% dos médicos com carreira hospitalar e 15,3% com carreira de clínica geral se aposentem entre 2008 e 2020 havendo nesta região, a par do Centro e contrariamente às restantes, um equilíbrio entre as aposentações segundo a carreira.

Para 2011, o ENPRHS previa que 226 médicos saíssem do SNS²⁸. Contudo, o maior recurso à aposentação em consequência das alterações das condições de passagem à aposentação, reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde (Mendes, 2010)

Por inexistência de histórico de saídas e pela baixa fiabilidade da informação disponível, foi considerada a data de nascimento dos profissionais de saúde como indicador de saída, atendendo ao enquadramento legal da aposentação do momento.

levou a que, nesse ano se aposentassem 681 médicos e 590 enfermeiros, números substancialmente superiores aos previstos em 2009 aquando a realização do estudo (2012a). Esta corrida às aposentações veio alterar o cenário de um mais elevado fluxo de aposentações previsto apenas a partir de 2016. Com base nos números de 2007, este estudo previa que o número de aposentados fosse já superior aos médicos formados. O maior fluxo às aposentações, com a manutenção ou mesmo diminuição da oferta prevista para os anos seguintes, veio alterar o cenário previsto, fazendo antever um maior défice de médicos, sobretudo na especialidade de medicina geral e familiar, uma das mais carenciadas. No início de 2013 foi inclusive publicada uma notícia onde o vice-presidente da Associação de Médicos de Clínica Geral esperava que 1000 médicos de família pedissem a aposentação, o que equivale a um em cada cinco profissionais desta carreira (Baltazar, 2013).

A projeção de aposentação dos médicos resultante do estudo coordenado por Santana (2009) apontava para 8 190 saídas até 2020, o que correspondia a 35,2% do total de profissionais deste grupo em 2007. No geral, o índice de envelhecimento das especialidades entre 2008 e 2020 foi calculado em 45%. No global, o potencial de renovação de gerações foi de 80%, não obstante uma grande diversidade entre especialidades. As previsões então realizadas indicavam que a carreira de clínica geral seria a mais afetada, esperando-se que entre 2008 e 2020 se aposentassem 58,9% dos médicos ativos e afetos à mesma em 2007 no SNS. Seguiu-se a carreira em saúde pública, com uma perda de 51% dos efetivos de 2007 e de 37% dos médicos na rede hospitalar. As regiões onde esta perda se previa mais acentuada eram o Alentejo (41,5%) e o Algarve (39,5%), particularmente na carreira médica de clínica geral, e Lisboa e Vale do Tejo (37,5%), especialmente na rede hospitalar. O Norte e o Centro foram as regiões onde se previu uma menor perda destes profissionais, além de um equilíbrio entre as saídas na rede hospitalar e de clínica geral. No Norte, espera-se uma diminuição de 14,3% dos médicos em carreira hospitalar e 15,3% em clínica geral. Segundo a tipologia das estruturas de saúde, este estudo previa a saída de 26% dos médicos afetos aos cuidados hospitalares até 2020. No Norte esta perda calculou-se em 21,5%, o valor mais baixo entre as regiões portuguesas. Nos cuidados primários a perda estimada foi de 55,7% e, no Norte, de 52,7%.

Até 2020 este estudo prevê um saldo positivo de médicos para a região Norte, independentemente do cenário de necessidades considerado, o qual será comum a todas as estruturas prestadoras de cuidados de saúde. Na rede hospitalar em concreto, previa-

se que todas as especialidades seguissem uma tendência de evolução positiva no rácio de saídas e entradas. Ainda assim, para algumas espera-se um saldo muito reduzido e, portanto, uma situação de reposição limiar de efetivos.

A respeito da escassez de recursos humanos qualificados na área da saúde, Buchan e Calman (cit. por Aspland, Gibson, Stimpson, Watson; Wray, 2008) consideram que este é um dos principais obstáculos à concretização dos objetivos de melhoria da saúde e do bem-estar da população a nível mundial. Com base num estudo que desenvolveram em 2006 acerca da distribuição de recursos humanos de enfermagem, os autores são perentórios ao afirmar um cenário de escassez da força de trabalho, à semelhança de outras regiões do mundo, em consequência do envelhecimento da força de trabalho que também se faz sentir ao nível da saúde. Consideram que não obstante a relevância de iniciativas de recrutamento e seleção de trabalhadores mais velhos, o sector da saúde experienciará uma situação de escassez significativa de força de trabalho, sobretudo nos cuidados primários, em consequência da saída de profissionais mais velhos.

O ENPRHS reconhece que ao aumento das necessidades de recursos humanos no contexto hospitalar, aquele em que nos focaremos por ser aquele onde o nosso objeto empírico de estudo exerce funções, correspondeu apenas um ligeiro aumento do número de médicos (um aumento de 3,9% entre 2002 e 2007) o que conduziu, inclusive, à necessidade de contratação de médicos estrangeiros. Os autores acrescentam que o aparente défice de recursos humanos médicos na rede hospitalar está também evidente na necessidade de contratação de serviços médicos pontuais (a empresas ou a profissionais, diretamente). Não obstante a reorganização do setor de saúde português, nomeadamente pela alteração do enquadramento jurídico de algumas organizações, como são exemplo os dois hospitais considerados nesta investigação que são agora EPE, levada a cabo nos últimos anos, este estudo afirma a existência de uma lógica confusa de gestão quantitativa dos seus recursos humanos, não obstante a procura de uma maior racionalização dos recursos humanos disponíveis. Apesar desta preocupação, o grau de especialização médica e a organização dos serviços em especialidades específicas e com reduzida interação com as demais é entendida enquanto obstáculo a esta racionalização. O índice global de aposentação entre 2008 e 2020 nos médicos do SNS está calculado para 45%.

5.4. ESPECIFICIDADES DOS GRUPOS PROFISSIONAIS NO QUADRO ESPECÍFICO DA DINÂMICA HOSPITALAR

As representações e as atitudes dos trabalhadores em relação ao trabalho, e a consequente opção pela continuidade, ou não, da atividade profissional, são consequência da avaliação que fazem de uma multiplicidade de fatores. Estes prendem-se, em larga medida, com a avaliação da sua profissão e, em concreto, do trabalho que desenvolvem, das relações profissionais que estabelecem, seja com pares ou com outros profissionais, e com as especificidades do contexto organizacional, a nível micro, e das orientações políticas e jurídicas que enformam a sua atividade profissional, a um nível macro. É por isso mesmo que este ponto será dedicado à análise das representações dos profissionais que participaram no nosso estudo acerca da sua profissão e a dos outros, às relações entre médicos e enfermeiros e ao enquadramento organizacional e político dos hospitais considerados.

Às representações sociais dos profissionais estão agregadas as suas expectativas. Estas não só enformam a sua identidade profissional como, particularmente, nos permitem construir grelhas de leitura acerca das suas ações. De facto, as representações sociais orientam o comportamento dos indivíduos e influenciam as suas práticas (profissionais).

Neste capítulo iremos precisamente abordar as características profissionais dos médicos e enfermeiros que envolvemos no nosso estudo, nomeadamente ao nível das hétero-representações entre grupos, bem como as suas expectativas de futuro, de forma a melhor compreendermos as motivações subjacentes à sua opção, ou não, pelo prolongamento da atividade profissional.

5.4.1. CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

O contexto em que se inserem os indivíduos, nomeadamente o organizacional, proporciona um conjunto de estímulos que se traduzem em representações sociais que podem motivar determinados comportamentos. O trabalho de Moscovici (2005) tornou claro que as representações sociais, ao atribuírem significado ao mundo, constituem a grelha de entendimento sobre o mesmo, as representações sociais participam na construção do conhecimento prático mobilizado pelos indivíduos que motiva e atribui sentido às suas práticas sociais. Desta forma, orientam os seus comportamentos no sentido de uma maior estabilidade dentro do quadro das suas crenças sociais. Na medida em que são produzidas num dado contexto, as representações sociais resultam em formas de conhecimento social que, assim, orientam e organizam não só as condutas individuais mas também as coletivas. No trabalho de Vala (1997) encontramos ainda evidências de que os valores tidos como distintivos de um grupo, e que funcionam como indicadores das representações que produzem sobre os outros, influenciam as atitudes construídas face a outros grupos, bem como o nível de identificação estabelecido.

No contexto de trabalho, as representações construídas pelos sujeitos têm por base as suas práticas profissionais sobre as quais edificam a sua identidade profissional. Desta forma, as *“representações constituem uma grelha de leitura essencial de que os sujeitos dispõem para conferirem sentido às suas actividades de trabalho, ao respectivo contexto e às condições de concretização”* (Veloso, 2004, p. 100).

O trabalho, de forma lata, é marcado por uma complexa divisão de trabalho que hierarquiza os profissionais, atribuindo-lhes diferentes posições na estrutura organizacional, poder de decisão, autonomia e controlo ou supervisão sobre o trabalho de outros profissionais. Para Freidson (2008), só é possível compreender o sistema reconhecendo a diferenciação de papéis no seio das profissões. A diferenciação entre membros de uma profissão é uma característica central da organização do trabalho, representando ainda a sua divisão assente nos diferentes níveis de poder e de conhecimento. É, portanto, fundamental conhecer as características das profissões médica e de enfermagem, identificando quais os aspetos mais valorizados e os mais determinantes para o exercício profissional.

Para mais facilmente compreendermos as representações entre os grupos profissionais, começamos por uma breve referência às principais transformações observadas na posição e características dos dois grupos profissionais nos últimos anos.

Tradicionalmente os médicos ocupavam o lugar dominante na divisão do trabalho, o qual era sustentado pela sua autonomia, auto-suficiência e autorregulação. Esta autonomia do grupo médico traduziu-se, ao longo do tempo, em poder para orientar e avaliar o trabalho das restantes categorias profissionais sem, em contrapartida, ser objeto da mesma orientação e avaliação. A exclusividade da autonomia médica tem sido sustentada por três argumentos (Freidson, 2008): um nível de perícia e conhecimentos que não permite a avaliação da profissão por leigos ou mesmo outros profissionais de saúde; a existência de um grau de responsabilidade que não exige supervisão do trabalho; a reivindicação de que deve ser a própria profissão médica a implementar os seus esquemas de regulação.

Esta posição dominante dos médicos no sistema de saúde alimentou a crença na sua objetividade, independentemente de outros profissionais de saúde. Os próprios médicos consideram-se produtores únicos e legítimos de conhecimento o que, associado ao controlo final sobre o seu próprio trabalho, potencia situações de desconfiança face a outros elementos produtores de conhecimento e com capacidade para o trabalho em saúde, como os enfermeiros. Assim, ainda que o médico possa estar socialmente subordinado a outro profissional isso não significa subordinação técnica como este exerce sobre outros profissionais.

Situamo-nos ao lado de Carapinheiro (1993) quando a autora afirma que autonomia e autorregulação da profissão médica devem constituir precisamente objetos de análise da sociologia ao nível da profissão médica. Esclarece que deverá ser seu objetivo perceber como é que estas características determinantes da profissão médica se desenvolveram, organizaram e se mantêm na atualidade. Deverá ainda procurar entender a relação estabelecida entre o conhecimento profissional e os procedimentos adotados, as formas de organização social e as formas de aquisição e manutenção do conhecimento.

A autonomia legitimada e organizada da prática médica que permite a Freidson (2008) considerá-la como uma efetiva profissão e não como uma ocupação. A primeira tem simultaneamente poder e legitimidade para decidir como o seu trabalho deve ser feito e para considerar ilegítima a avaliação feita pelos demais, sejam outros profissionais com quem se relaciona sejam aqueles a quem o seu trabalho se destina. Os

enfermeiros assumem essencialmente uma posição de assistência e não propriamente de diagnóstico e tratamento, pelo que as suas atividades e responsabilidades não se confundem com as dos médicos. A prática médica será, portanto, uma profissão, ao contrário da enfermagem que é, à luz da distinção do autor, uma ocupação.

A enfermagem moderna desenvolveu-se como uma atividade profissional complementar da prática médica. As suas competências passavam por um conjunto de tarefas simples ainda que necessárias ao tratamento e recuperação do doente, nomeadamente a administração de medicação, atos de higiene e o apoio a técnicas médicas. Esta lógica biomédica que reforçava o papel do enfermeiro como auxiliar do médico dificultou historicamente o seu potencial de autonomia. Pelo surgimento gradual de novos modelos de enfermagem e perspectivas teóricas sobre a mesma, iniciou-se um gradual processo de promoção da sua autonomização o que levou os enfermeiros a assumir tarefas que vão além daquelas decorrentes da prescrição médica e que são mais centradas numa visão holística do indivíduo a quem são prestados cuidados de saúde.

A respeito do desenvolvimento da enfermagem em Portugal importa recordar dois marcos que ocorreram na década de 1970: o fim dos cursos de auxiliares de enfermagem em prol de um único nível de formação em enfermagem e a autonomização das escolas de enfermagem face aos hospitais, o que significou que passaram a ser os próprios enfermeiros a lecionar os conteúdos da sua formação. Os avanços técnicos ao nível da ciência verificados nesta altura propiciaram também o desenvolvimento da sua competência técnica. Na década seguinte surgem as primeiras referências a profissional de enfermagem em detrimento a apenas enfermeira (ou enfermeiro, mais raramente).

Na década de 1990, ano em que os inquiridos contavam já com anos de prática profissional, ocorreram outros marcos fundamentais no desenvolvimento da enfermagem. Em 1996, foi aprovado o REPE e, um ano depois, foi criada a OE. A criação deste organismo veio responder a uma pretensão há muito manifestada pelo grupo profissional de enfermagem. Além disso, foram criados outros mecanismos de regulação da prática profissional como o código deontológico e o estatuto disciplinar. Em concreto no ano de 1999, foi aprovado o Curso de Licenciatura em Enfermagem, os Cursos de Complemento de Formação e o Ano Complementar de Formação. Estes dois últimos cursos vieram conferir o grau de licenciado tanto aos bacharéis inseridos no mercado de trabalho como aqueles ainda em formação. Mais recentemente, foi instituído um único grau de formação em enfermagem correspondente ao grau de

licenciado, essencial à inscrição na OE e ao acesso ao inerente título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais.

No seu conjunto, todos estes marcos atuaram no sentido de alterar a percepção da enfermagem sobre si própria no sentido de uma maior afirmação e consciência da sua importância ao nível da prestação de cuidados de saúde. A enfermagem assume-se hoje como “*disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida*” (OE, 2007, p. 1). As suas competências enquadram-se em torno de três domínios centrais: o da prática profissional ética e legal, o da prestação e gestão de cuidados e no desenvolvimento profissional.

Muitas são as transformações que afetam os profissionais de enfermagem neste momento e que impactam na sua identidade profissional e trajetória profissional. A título de exemplo, referimos o impacto da transformação dos hospitais em EPE, situação da qual derivaram particularmente algumas desigualdades entre a classe de enfermagem potenciadoras de diferentes representações dentro do grupo profissional. Das novas orientações políticas para o sector da administração pública resultou a contratação de profissionais em regime de contrato individual de trabalho que, no caso dos enfermeiros, é aplicável à larga maioria daqueles mais recentemente contratados e provavelmente mais novos. Estes convivem na mesma realidade organizacional com aqueles enfermeiros que constituem a nossa amostra, e que por serem quadros da função pública usufruem, ainda que atualmente de forma distinta à de outrora, de condições remuneratórias, horários e modelos de desenvolvimento da carreira mais atrativos. O atual modelo de organização hospitalar desresponsabiliza as organizações de saúde ao nível da qualificação dos enfermeiros, o que resulta em situações em que aqueles que possuem título de especialista não têm este reconhecimento nas organizações onde exercem funções. No caso dos médicos, não obstante algumas alterações operadas, continuam a usufruir de um conjunto de benefícios associadas à Função Pública e o seu título de especialista é necessariamente reconhecido decorrente, daí, implicações ao nível das condições do trabalho exercido, remuneração e prestígio social.

Para uma análise sociológica acerca das profissões começamos por mobilizar contributos da análise funcionalista de Parsons (1965). A perspetiva do autor afastou-se de uma visão classista e colocou a tónica no facto da ação dos profissionais constituir um comportamento institucionalmente esperado que se restringe à relação entre o

profissional e o cliente não podendo, portanto, ser generalizado a outras esferas sociais. Parsons considerava que subjacente a um desempenho profissional, como é o caso da relação entre médico e cliente, está uma relação assimétrica entre ambos. Esta radica nos diferentes níveis de conhecimento que possuem e que se traduzem na institucionalização da autoridade profissional e confiança do cliente face ao profissional. Desta forma, a legitimação da profissão resulta do equilíbrio entre as motivações e necessidades do profissional e do cliente, sendo mediada tanto por outros profissionais de saúde como pelo Estado. Numa perspetiva funcionalista, as profissões constituem portanto uma resposta a uma necessidade social contribuindo para a coesão da estrutura social. Esta última comporta, então, um conjunto de elementos necessários à organizações dos grupos profissionais, como são exemplo as universidades e o seu papel de transmissão e legitimação de conhecimentos e, associado a este, do reconhecimento social da profissão. Para os funcionalistas, as profissões constituíam blocos homogêneos de identidades, valores e interesses.

Em alternativa, a perspetiva interacionista veio colocar a tónica nas diferenças intra-profissionais, chamando a atenção para a inexistência de uma socialização profissional única e partilhada por todos os membros. Os interacionistas defenderam a existência de subgrupos dentro de uma profissão com características distintas ao nível, nomeadamente, do tipo de formação e do estatuto profissional adquirido. No caso dos grupos profissionais que estudámos, encontramos diferenças entre aqueles que constituíram as nossas amostras e as gerações mais novas, marcadas por uma formação com contornos diferentes e por relações contratuais distintas. Esta situação é particularmente sentida entre o grupo dos enfermeiros. Mais importa notar que o interacionismo simbólico perspetiva as profissões enquanto imagem construída de uma ocupação que alcançou um dado título que, para o manter e reproduzir, encarnam as representações que esperam que delas se tenha.

Posto isto, importa conhecermos a opinião dos inquiridos na nossa investigação acerca da sua profissão. Em primeiro lugar, pedimos-lhes que indicassem os dois principais atributos que mais valorizam no seu exercício profissional. Esta informação foi posteriormente alvo de uma análise de conteúdo. O atributo mais referido pelos médicos (cerca de metade) foi a *aquisição e atualização permanente de conhecimentos técnico-científicos*. Foi também amplamente referida a posse de *competências adequadas ao exercício profissional*; o *profissionalismo* concretizado ao nível da ética, capacidade de decisão, relacionamento com os outros e responsabilidade; o *gosto pela*

profissão; dedicação, empenho e motivação; atributos de natureza pessoal, como a *honestidade, seriedade e sensatez; atenção ao doente*, nomeadamente pela atenção e disponibilidade demonstrados aos mesmos. Este último atributo, relativo à relação com os doentes, foi precisamente o mais referido pelos enfermeiros. Assim, para o grupo de enfermagem, o aspeto mais relevante para o exercício da sua profissão prende-se com a empatia criada com o doente, com a disponibilidade para com este e com a atenção demonstrada. Os enfermeiros referiram ainda, de forma significativa, a importância da competência e do profissionalismo, da posse de conhecimentos técnico-científicos adequados e do gosto pela profissão.

Numa primeira análise, os resultados obtidos acerca dos dois principais atributos valorizados na ação médica e de enfermagem indicam que os dois grupos profissionais fazem diferentes avaliações dos aspetos mais relevantes para o exercício da sua profissão. Para aprofundarmos este tema, solicitamos que, de uma lista comum de itens definida, os inquiridos indicassem o grau de importância que cada um destes tinha para a sua atividade profissional. A avaliação realizada pelos médicos acerca da sua atividade é apresentada no quadro abaixo.

Quadro 23. Grau de importância atribuída para a atividade profissional dos médicos (% em linha)

Atributos	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Formação académica de base	0,6	1,9	38,8	58,8
Permanente atualização científica e técnica	---	---	21,2	78,8
Experiência profissional	---	0,6	22,0	77,4
Vontade de ajudar os pacientes	---	0,6	34,4	65,0
Relação com os pacientes	1,9	1,3	29,1	67,7
Sensibilidade para o entendimento do paciente	1,9	0,6	26,8	70,7
Capacidade de análise e de resolução dos problemas	---	---	17,5	82,5
Respeito pelas regras deontológicas	---	0,6	18,1	81,3
Cumprimento das diretivas existentes ao nível do serviço	0,6	10,2	53,5	35,7

No quadro seguinte apresentamos, ainda, o grau de importância atribuído pelos enfermeiros ao conjunto de itens sobre a sua atividade profissional.

Quadro 24. Grau de importância atribuída para a atividade profissional dos enfermeiros (% em linha)

Atributos	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Formação académica de base	---	1,4	47,9	50,7
Permanente atualização científica e técnica	---	---	33,8	66,2
Experiência profissional	---	---	29,6	70,4
Vontade de ajudar os pacientes	---	---	19,7	80,3
Relação com os pacientes	---	---	18,6	81,4
Sensibilidade para o entendimento do paciente	---	---	22,5	77,5
Capacidade de análise e de resolução dos problemas	---	1,4	22,5	76,1
Respeito pelas regras deontológicas	---	---	25,4	74,6
Cumprimento das diretivas existentes ao nível do serviço	---	5,6	52,1	42,3

Os resultados obtidos permitem-nos concluir que, apesar de existir uma valorização expressiva dos mesmos atributo, esta é feita com graus de intensidade distintos em função do grupo profissional. Aqueles a que os médicos conferem claramente maior relevância, atendendo às elevadas percentagens na categoria *muito importante*, relacionam-se com dimensões mais ligadas ao conhecimento técnico-científico e ao cumprimento das exigências profissionais. Os enfermeiros atribuíram maior importância, também com base nas percentagens na categoria de *muito importante*, aos itens diretamente associados à sua atividade com os pacientes, em concreto na relação estabelecida, no apoio prestado e na atenção prestada. O atributo cuja valorização foi menor nos dois grupos profissionais relaciona-se com o *cumprimento das diretivas existentes ao nível do serviço*.

Considerámos ainda ser pertinente inquirir os participantes acerca do grau de adequação que reconhecem entre a sua idade e a atividade profissional desenvolvida. Os resultados apresentados no quadro abaixo revelam que a maioria dos médicos e enfermeiros consideraram que esta relação é *adequada*. É, ainda, de salientar que cerca de um terço dos profissionais considerou que a mesma é *muito adequada*.

Quadro 25. Adequação entre idade e atividade profissional (%)

	Médicos	Enfermeiros
Nada adequado	1,9	1,5
Pouco adequado	7,0	6,0
Adequado	55,4	62,7
Muito adequado	35,7	29,9
Total	100,0	100,0
	(n=157)	(n=67)

A análise da profissão dos participantes neste estudo não pode ser feita sem atentar na diversidade de tarefas que desenvolvem, estejam estas associadas ou não à prestação de cuidados de saúde. Do questionamento acerca do exercício de atividades em regime cumulativo à prática hospitalar encontramos tendências divergentes entre grupos profissionais. Enquanto a maioria dos médicos (70,6%) afirmou acumular atividade entre o regime privado e público, a generalidade dos enfermeiros (72,9%) indicou precisamente o oposto. Questionados acerca do tipo de atividades desenvolvidas além daquelas relacionadas com a prestação de cuidados de saúde no contexto hospitalar público, a maioria dos médicos indicou essencialmente a prática médica privada (60,6%) e a docência (59,4%). Com menor relevância surgiram as atividades de investigação e de consultadoria. No caso dos enfermeiros, é também a prática privada aquela que reúne um número mais expressivo de profissionais (14,1%), ainda que claramente inferior ao observado entre os médicos. A sobreposição entre a prática clínica no regime público e privado, demonstra, segundo Carapinheiro (1993) que a hierarquia médica autónoma se organiza simultaneamente por critérios de qualificação técnica como por critérios de qualificação universitária, o que introduz especificidades à profissão médica no contexto em que a estudamos.

Um dos aspetos que indicámos como diferenciador entre profissão e ocupação prende-se com a formação prolongada. Como também já referimos, a formação médica ocorre durante um período de tempo substancialmente superior aos restantes profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros. Contudo, os resultados que anteriormente apresentámos revelam que tanto para os médicos como para os enfermeiros que inquirimos é mais importante uma *permanente atualização científica e técnica* do que a *formação académica de base*. De facto, apesar da relevância atribuída aos dois itens, é sobretudo o primeiro aquele que uma maior percentagem de médicos e enfermeiros consideram como muito importante (78,8% e 66,2%, respetivamente). A maior importância que os médicos atribuem à atualização contínua poderá justificar-se

pela rapidez de produção de novos conhecimentos científicos e técnicos na prática médica os quais obrigam, necessariamente, a uma permanente reciclagem e alargamento de conhecimentos, sob pena de obsolescência dos mesmos, rapidez essa que se colocará de forma não tão marcada na prática de enfermagem. A isto acresce a significativa percentagem de médicos que afirmou desenvolver atividades de docência e investigação que exigem, pelas suas especificidades, uma permanente atualização técnico-científica.

A respeito das diferenças ao nível do conteúdo e da duração de médicos e enfermeiros, Freidson (2008) considera que a formação mais prolongada dos médicos, comparativamente à de enfermagem, concorre para que os primeiros ocupem uma posição mais elevada na organização do trabalho na lógica de que a um maior conhecimento corresponde um maior poder na divisão do trabalho e nas organizações. Esta divisão reflete precisamente as diferenças entre corpos de conhecimento adquiridos pelo que o poder associado ao conhecimento científico pode ser considerado enquanto uma nova forma de dominação e de controlo social. O conhecimento formal e especializado dos médicos não é partilhado pelo que pode ser considerado como um fator diferenciador de elite em que a tomada de decisão com base no mesmo não é democrática nem aberta à participação de todos. Constituiu-se, assim, um monopólio de saberes e competências e um mercado de clientela, com apoio e proteção do Estado, que justifica o exercício da dominação da classe médica sobre todas as categorias profissionais concorrentes que lhe estão funcionalmente articuladas (Larson, 1977). Estes saberes e competências são atestados pelos requisitos educacionais cumpridos pelos profissionais, ainda que possam não ter correspondência com as dificuldades do seu exercício profissional, e servem para restringir o acesso às profissões e aos privilégios que lhe estão associados. A possibilidade destas estratégias é garantida pelo Estado, no direito atribuído às profissões de conceder licenças profissionais (Parkin cit por. Carapinheiro, 1993) que, no caso dos grupos profissionais em estudo, ocorreu em momentos bastante distintos atendendo à recenticidade da OE.

A respeito do investimento em aquisição e atualização de conhecimentos e competências, recordamos que dos participantes na nossa investigação de base para a prática profissional, 22,6% dos médicos (e nenhum enfermeiro) concluíram um grau de doutoramento, grau alcançado sobretudo ao longo da década de 1990 e em domínios específicos de medicina, data em que ainda nem sequer era possível aos enfermeiros a obtenção deste grau que só foi criada em Portugal em 2002. Questionados quanto às razões para a obtenção do grau de doutor, uma maioria mais expressiva indicou motivos

relacionados com o exercício de atividades de docência, nomeadamente ao nível do desenvolvimento da carreira. Foram, ainda referidas motivações ao nível do interesse pela investigação, o desenvolvimento de conhecimentos e motivações pessoais.

Os resultados anteriormente apresentados acerca dos aspetos mais valorizados para a prática profissional evidenciam a contradição central que atravessa a profissão de enfermagem: a consideração do seu papel psicossocial como o dominante na profissão, pretensamente concesso de uma “verdadeira autonomia” e o facto do seu estatuto social ser totalmente determinado pela sua posição objetiva na produção de cuidados. Recordamos que os atributos que os próprios enfermeiros mais valorizaram para a sua prática relacionaram-se com a vontade de ajudar os pacientes, com a relação estabelecida e com a sensibilidade para o seu entendimento. Esta primazia do papel psicossocial atribuído tem inerente uma rejeição da conceção tecnicista da profissão, reforçando o seu papel psicológico. Na relação com o médico, os enfermeiros têm um saber “periférico” que, não pretendendo rivalizar com o saber “central” dos médicos é, no entanto, o único recurso estratégico que detêm nos processos de negociação com estes. Freidson (2008) considera que, à partida, a possibilidade de desenvolvimento de estratégias de revalorização do seu estatuto profissional parece estar comprometida quer pela escassez de recursos, quer pela prevalência deste papel que, por sua vez, é facilmente justificado por razões “naturais” da sua presença contínua nos serviços, e dos conhecimentos e informações de primeira mão sobre o estado físico e psíquico dos doentes que essa presença possibilita. Contudo, face ao poder deste argumento, surgem no corpo de enfermagem posições diversas, e mesmo antagónicas, sobre o projeto de revalorização profissional, enquanto os médicos também não deixam de as avaliar, de acordo com a diversidade ideológica das suas posições no corpo médico. Todavia, em todas as posições que se assumem reconhecem-se como poderosos obstáculos a impossibilidade de abandono do estatuto de simples executante de prescrições médicas, por um lado e, por outro, a ausência de definição formal de um corpo de tarefas mais complexo do que as de mera execução, a que podem ter acesso pelo saber e competência adquiridos ao longo da socialização escolar e profissional.

Depois de apresentados os resultados obtidos através de uma análise descritiva, considerámos pertinente recorrer a uma análise de natureza multivariada que nos permitiu obter dados mais estruturados e passíveis de alcançar respostas mais sustentadas aos propósitos desta investigação. Começámos por sujeitar os atributos considerados na escala de itens relevantes para a prática profissional a uma análise de

componentes. Os resultados obtidos indicaram a existência de três dimensões (CP1, CP2 e CP3) que, no seu conjunto, explicaram 63,3% da variância total dos dados. Os valores alfa de Cronbach globais variaram entre de 0,59 e 0,84 indicando uma elevada consistência interna dos dados.

Os valores da associação entre cada um dos itens considerados e as três componentes obtidas estão realçados a negrito no quadro abaixo. A primeira componente associou-se fortemente com aspetos diretamente relacionados com o apoio, relação e entendimento dos pacientes (itens 4, 5 e 6) tendo por isso sido designada por *identidade da prática profissional*. A segunda teve igual grau de associação com aspetos relativos ao conhecimento, adquirido pela formação de base ou contínua, e com a experiência profissional (itens 1, 2 e 3), sendo designada por *requisitos da prática profissional*. Por sua vez, a terceira componente apresentou uma forte associação com aspetos ligados a questões de deontologia profissional e regras de gestão e organização hospitalar (itens 8 e 9) e uma associação moderada com competências de gestão e decisão (item 7), pelo que foi denominada por *ética profissional*.

Obtidas as três componentes, consideramos ainda relevante perceber o seu grau de correlação. Verificamos que a primeira e a terceira componentes apresentam uma correlação moderada entre si, com o valor de 0,42. Os resultados obtidos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 26. Análise de componentes principais com rotação *oblimin* dos itens do grau de importância da atividade profissional

Itens	Componentes principais		
	CP1	CP2	CP2
1 - Formação académica de base	-0,04	0,82	-0,09
2 - Permanente atualização científica e técnica	-0,05	0,73	0,05
3 - Experiência profissional	0,14	0,67	0,13
4 - Vontade de ajudar os pacientes	0,78	0,10	-0,01
5 - Relação com os pacientes	0,94	0,00	-0,03
6 - Sensibilidade para o entendimento do paciente	0,89	-0,07	0,04
7 - Capacidade de análise e de resolução dos problemas	0,03	0,29	0,60
8 - Respeito pelas regras deontológicas	0,15	0,02	0,72
9 - Cumprimento das diretivas existentes ao nível do serviço	-0,07	-0,09	0,82
Correlações			
CP2	0,23		
CP3	0,42	0,29	
% de variância explicada	26,1	19,5	17,6
% de variância explicada cumulativa	26,1	45,6	63,3
Alfa de Cronbach	0,841	0,629	0,591

Considerando as componentes extraídas enquanto unidades de análise, calculámos a sua média e o desvio-padrão, de forma a percebermos a avaliação que reuniam pelos participantes. Os resultados obtidos, apresentados no quadro abaixo, indicam que globalmente as três componentes são avaliadas com valores entre 3,6 e 3,7 o que, segundo a escala de quatro graus que apresentámos, em que 1 correspondia a nada importante e 4 a muito importante, corresponde a uma avaliação bastante positiva e reveladora da importância das componentes para a atividade profissional dos participantes. Uma análise mais fina segundo o grupo profissional revela uma avaliação ligeiramente mais positiva dos médicos na componente de *identidade da prática profissional* (3,8 vs. 3,6), dos enfermeiros acerca da componente *requisitos da prática profissional* (3,6 vs. 3,7) e uma avaliação idêntica na dimensão de *ética profissional*. Os valores do desvio padrão observados ao nível do grupo profissional, variáveis entre 0,3 e 0,4, mantêm as três dimensões numa avaliação positiva, mais próxima ora do grau de importante, ora do grau de muito importante. Ao nível da organização hospitalar não se verificaram diferenças entre estas e o grupo profissional em todas as componentes obtidas, conclusão sustentada na semelhança de valores observados entre hospitais para cada uma das componentes.

Quadro 27. Descrição das diferentes dimensões de importância dos itens sobre a sua profissão entre diferentes grupos profissionais e por hospital.

	Total	Enfermeiros	Médicos	P	HSJ	HSA	P
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		Média (DP)	Média (DP)	
CP1 ¹	3,7 (0,4)	3,8 (0,3)	3,6 (0,5)	0,093	3,7 (0,5)	3,7 (1,4)	0,624
CP2 ¹	3,7 (0,4)	3,6 (0,4)	3,7 (0,4)	0,051	3,7 (0,4)	3,7 (0,3)	0,798
CP3	3,6 (0,4)	3,6 (0,4)	3,6 (0,4)	0,965	3,6 (0,4)	3,6 (0,3)	0,976

1) Teste de Mann-Whitney.

Atendendo ao propósito desta investigação ao nível da opção, ou não, pelo prolongamento temporal da atividade profissional, utilizamos *odds ratio* (OR) ajustados para aferirmos a magnitude da associação entre as três dimensões extraídas na escala relativa aos itens importante para a atividade profissional e a intenção de reforma no momento. Os resultados, apresentados no quadro abaixo, permitem-nos concluir que apenas a terceira componente, a *ética profissional*, se associou negativamente com a pretensão de aposentação, apresentando um OR de 0,36 (0,13; 0,98).

Quadro 28. Fatores associados com pretender a aposentação no momento

Itens sobre a sua profissão	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%) ¹
Dimensão 1	1,03 (0,56;1,91)	0,89 (0,41;1,93)
Dimensão 2	0,82 (0,40;1,70)	1,52 (0,57;4,07)
Dimensão 3	0,50 (0,24;1,03)	0,36 (0,13;0,98)

1) Ajustado para todas as dimensões de cada escala, grupo profissional e hospital

Apresentadas as principais características dos grupos profissionais em estudo, passamos à discussão das representações sociais que cada um dos grupos considerados nutre pelo outro.

5.4.2. REPRESENTAÇÕES ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS EM CONTEXTO HOSPITALAR

No setor da saúde, em geral, e no contexto hospitalar, em concreto, coexistem grupos profissionais com diferentes ideologias, estejam estas diretamente associadas ao exercício das suas funções, às relações de poder que estabelecem, à posição que ocupam na divisão do trabalho, ao poder de influência que exercem ou às representações que têm sobre o seu próprio grupo profissional e aos restantes. Diferem, ainda, na posição face ao prolongamento da atividade profissional como demonstrámos anteriormente. De facto, enquanto a grande maioria dos médicos revelou a intenção de prolongamento temporal da vida ativa, a maioria dos enfermeiros indicou pretender a aposentação.

Os enfermeiros mostram-se particularmente sensíveis às imagens e ideias produzidas pelos médicos sobre o seu estatuto e sobre a sua identidade profissional, na medida da subordinação do seu papel profissional ao ato médico e, logicamente, na medida da sua dependência das conceções médicas sobre a sua integração profissional nas atividades dos serviços. Assim, se as estratégias de enfermagem ainda não podem nem pretendem ser estratégias de poder concorrenciais com o poder médico, na análise das suas determinações sociais estão necessariamente equacionadas as conceções dos médicos sobre as relações com os enfermeiros.

Iremos apresentar, de seguida, os argumentos teóricos que justificam diferentes representações entre os grupos profissionais de médicos e enfermeiros, apoiando os mesmos com os dados empíricos que recolhemos.

Turner (cit. por Carapinheiro, 1993) concretiza três modos de dominação pelos quais os médicos assumem uma posição dominante na divisão do trabalho em saúde. São eles a subordinação, a limitação e a exclusão. A subordinação é exercida sobre as categorias profissionais que cooperam com os médicos em saúde, como são exemplo os enfermeiros. A natureza do trabalho do grupo de enfermagem é definida a partir do trabalho médico e a posição funcional das suas tarefas é determinada a partir da centralidade das tarefas médicas. A limitação opera-se por via de processos de contenção e restrição dos domínios de ação profissional de grupos que não dispõem de conhecimentos de medicina, mas que detêm competências equivalentes nalguns domínios e que, portanto, rivalizam e competem com os especialistas com formação em medicina. Trata-se, por exemplo, de circunscrever a autonomia e o raio de ação dos enfermeiros que, em algumas tarefas, podem apenas desempenhar tarefas concretas cujo desenvolvimento depende da prescrição médica. A exclusão acontece pelo não reconhecimento de conhecimentos e competências a outros profissionais para o exercício de atividades em medicina, pelo que estes são profissionais são excluídos do exercício de qualquer atividade que se possam sobrepor. É exemplo disso a clara impossibilidade dos enfermeiros em realizarem determinados procedimentos de exclusividade médica.

Médicos e enfermeiros exercem tarefas claramente diferenciadas, que são executadas isoladamente. São, portanto, grupos profissionais que se fecham sobre si próprios, mantendo uma menor rede de sociabilidades altamente marcada pela diferenciação funcional das tarefas que determina o campo das relações sociais que estabelecem (Carapinheiro, 1993). A entrada de novas categorias profissionais no setor da saúde, motivada pela introdução e standardização de novas áreas enquanto consequência de uma complexificação científica e tecnológica do modo de produção de cuidados médicos, não acarretou novos modos de ordenar as funções hospitalares. De facto, manteve-se intacto o princípio do monopólio do poder médico e a sua posição de privilégio, sendo sempre em função desta que as novas funções se organizaram.

A respeito da supervisão do trabalho em saúde, Freidson (2008) alerta para os benefícios de uma efetiva supervisão sobre um tipo particular de trabalho, bem como da cooperação com outros profissionais, suportados numa divisão do trabalho com base na experiência e no conhecimento acumulados. Avança que é precisamente desta cooperação que resulta um melhor desempenho de todos os profissionais envolvidos. Alerta, contudo, que apesar dos médicos poderem dirigir o trabalho de outros

profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, tal não significa que os primeiros possuam necessariamente autoridade para o exercício de um efetivo controlo, situação reforçada pela autonomia técnica dos enfermeiros.

Um dos aspetos que concorre para a produção das representações entre os grupos profissionais em análise prende-se com a importância que estes atribuem mutuamente em relação à atividade profissional que exercem. Os resultados da avaliação feita pelos profissionais que inquirimos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 29. Grau de importância para a atividade profissional atribuído entre médicos e enfermeiros (%)

	Dos médicos aos enfermeiros	Dos enfermeiros aos médicos
Nada importante	0,7	1,6
Pouco importante	0,7	8,1
Importante	39,1	61,3
Muito importante	59,6	29,0
Total	100,0	100,0
	(n=151)	(n=62)

Os resultados obtidos evidenciam uma avaliação positiva da importância atribuída entre médicos e enfermeiros para a sua prática profissional. É necessário, contudo, diferenciar os graus de relevância atribuídos. Os médicos atribuem claramente uma maior importância aos enfermeiros para a sua atividade profissional, não se observando o inverso em igual medida.

Além de uma avaliação global da importância de cada grupo profissional, questionámos os participantes acerca dos aspetos concretos que valorizam na ação do outro grupo profissional no processo de diagnóstico e acompanhamento de todo o processo de doença, em contexto hospitalar. Definimos, *à priori*, cinco itens: comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente; interesse pelo histórico do paciente; proximidade no acompanhamento; conhecimento técnico-científico; experiência profissional. Os resultados da avaliação feita pelos médicos acerca da ação dos enfermeiros são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 30. Grau de importância que os médicos atribuem à ação dos enfermeiros (% em linha)

Atributos	Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	1,3	0,7	45,4	52,6
Interesse pelo histórico do paciente	1,3	10,6	58,9	29,1
Proximidade no acompanhamento	0,7	2,0	40,1	57,2
Conhecimento técnico-científico	0,7	5,3	40,4	53,6
Experiência profissional	0,7	2,0	31,8	65,6

Apresentamos, também, os resultados da avaliação realizada desta vez pelos enfermeiros acerca da ação dos médicos.

Quadro 31. Grau de importância que os enfermeiros atribuem à ação dos médicos (% em linha)

Atributos	Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	---	1,6	38,7	59,7
Interesse pelo histórico do paciente	---	3,2	45,2	51,6
Proximidade no acompanhamento	---	1,6	39,3	59,0
Conhecimento técnico-científico	---	---	22,6	77,4
Experiência profissional	---	---	25,8	74,2

Numa primeira análise dos quadros anteriores destacamos dois aspetos: uma clara maior concentração de respostas nos graus mais positivos, o que evidencia a relevância que os dois grupos profissionais atribuem aos atributos que apresentámos; a inexistência de situações em que os enfermeiros não reconheceram qualquer importância de qualquer um dos itens para a ação dos médicos. Uma análise mais fina demonstra pontos de convergência e divergência na avaliação feita. A quase totalidade dos médicos e dos enfermeiros foi unânime na avaliação positiva do grau de importância de três atributos na prática do outro grupo profissional que dizem respeito, em concreto, à relação com o doente e à experiência profissional. O primeiro refere-se à comunicação objetiva no acompanhamento do paciente considerado como importante por mais de metade dos profissionais dos dois grupos na ação do outro grupo. O segundo relaciona-se com a proximidade no acompanhamento, avaliada como muito importante nos enfermeiros por mais de metade dos médicos e primeiros ?. O terceiro decorre da avaliação feita da importância da experiência profissional acumulada. Uma significativa maioria dos participantes dos dois grupos considerou que este é um atributo muito importante no exercício do outro grupo.

Nos restantes dois itens observam-se assinaláveis divergências na importância atribuída. Em primeiro lugar, o interesse pelo histórico do paciente é um atributo cuja maior relevância é observada na ação dos médicos, opinião manifestada por cerca de metade dos enfermeiros participantes. Numa avaliação contrária, a maioria dos médicos considerou que este aspeto é apenas importante para os enfermeiros, havendo inclusive 10,6% que o classificaram como pouco importante. Por fim, o atributo onde mais significativa é a divergência na avaliação feita pelos dois grupos profissionais refere-se ao conhecimento técnico-científico, não obstante a comum valorização feita por ambos. Todavia, esta é particularmente notória na avaliação que os enfermeiros fazem acerca da ação médica, na medida em que uma expressiva maioria considerou que este conhecimento é muito importante para o exercício profissional do outro grupo. Pouco mais de metade dos médicos fizeram idêntica avaliação acerca dos enfermeiros.

Tendo como referência os atributos que elegemos para a avaliação da ação dos grupos profissionais (com exceção da experiência profissional), solicitámos aos participantes que avaliassem cada um deles em função tanto da sua preservação como do comprometimento em função da idade. Os resultados da avaliação dos médicos sobre os enfermeiros são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 32. Atributos que os médicos consideram mais comprometidos nos enfermeiros com a idade

Atributos	Mais comprometido		Mais preservado	
	Sim	Não	Sim	Não
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	41,4	58,6	66,2	33,8
Interesse pelo histórico do doente	43,9	56,1	58,8	41,2
Proximidade no acompanhamento	44,2	55,8	65,5	34,5
Conhecimento técnico-científico	78,9	21,1	26,5	73,5

Os resultados da avaliação feita pelos enfermeiros acerca dos médicos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 33. Atributos que os enfermeiros consideram mais comprometidos nos médicos com a idade

Atributos	Mais comprometido		Mais preservado	
	Sim	Não	Sim	Não
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	53,8	46,2	62,5	37,5
Interesse pelo histórico do doente	45,3	54,7	60,0	40,0
Proximidade no acompanhamento	59,6	40,4	60,0	40,0
Conhecimento técnico-científico	52,6	47,4	57,4	42,6

Ao nível dos aspetos mais comprometidos com a idade, a avaliação feita pelos médicos e pelos enfermeiros é significativamente divergente, com exceção do atributo relativo ao interesse pelo histórico dos doentes. Uma maioria semelhante dos profissionais inquiridos nos dois grupos considerou que este atributo não é dos mais comprometidos com o avançar da idade, sendo natural que a maioria considere também que este aspeto é dos mais preservados com a idade. Recordamos os dados apresentados anteriormente que indicavam que este aspeto era sobretudo valorizado pelos enfermeiros em relação à prática dos médicos. Além disso, a maioria dos médicos considerou que a comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente e a proximidade no acompanhamento são atributos fracamente influenciados pela idade dos enfermeiros mantendo-se, para a maioria dos primeiros, preservados. Avaliação contrária destes dois atributos é feita pelos enfermeiros. Para a maioria destes, a idade impacta diretamente na objetividade da comunicação e no interesse demonstrado pelos médicos. Estes dados contrastam, contudo, com a avaliação feita dos mesmos atributos mas em relação à sua preservação ao longo do tempo, na medida em que a maioria dos enfermeiros afirmou, simultaneamente, que estes dois itens são os mais preservados. A diferença de avaliação mais notória prende-se com o grau de comprometimento do conhecimento técnico-científico em função da idade. Uma maioria significativa dos médicos afirmou que a idade compromete o grau de conhecimento dos enfermeiros e, portanto, que é o atributo menos preservado. No caso da avaliação feita pelos enfermeiros sobre este item nos médicos, os resultados obtidos indicam que uma ligeira maioria afirmou que a idade compromete o conhecimento técnico-científico dos médicos e, assim, é um item relativamente preservado ao longo do tempo.

Na análise da relação entre médicos e enfermeiros importa ainda recordar o conjunto de atributos que os últimos mais valorizaram na sua atividade profissional, e que atrás já apresentámos, que se relacionam com o tipo de relação que estabelecem com os doentes. Freidson (2008) considera que este maior conhecimento sobre o doente, consequências da atenção e do tempo dedicados pelos enfermeiros, se pode transformar numa importante mais-valia para o enfermeiros na sua relação com o médico. Este facto, conjugado com os conhecimentos técnicos e científicos que possuem, transformam-se em elementos de negociação com os médicos e mesmo com os doentes. Contudo, o autor alerta para que este poder possa também resultar numa posição problemática e conflituante para os enfermeiros por serem o ponto de encontro de

perspetivas conflituantes, não obstante o seu potencial para agir como ponto de equilíbrio entre forças, sendo determinante na negociação entre o paciente e o médico.

Outra fonte de conflito pode decorrer do não acolhimento das indicações médicas pela restante equipa de saúde em que se insere, sobretudo não existindo consenso quanto à sua perspetiva, o que pode colocar em causa o normal funcionamento do serviço. No caso concreto da relação médico-enfermeiro, o conflito pode advir particularmente de uma diferença de conceções de tratamento, na medida em que se tratam de profissionais com formação em saúde ainda que com áreas de intervenção distintas. Contudo, não obstante uma boa gestão de eventuais conflitos para bem do paciente, do funcionamento do serviço e da relação entre a equipa de saúde, o médico, ocupando a posição dominante na divisão do trabalho, sustentada no seu prestígio e no enquadramento legal da profissão, tem autoridade para ter a palavra final.

Na divisão do trabalho dos hospitais existe uma delimitação dos territórios de negociação que assegura a concretização de objetivos institucionais ou, pelo menos, aquele que é o objetivo básico do hospital: a recuperação do doente. Este elemento constitui uma forma simbólica de união que fornece coesão institucional e assegura o funcionamento da organização hospitalar, ainda que mascare uma margem muito ampla de desacordos e de propósitos divergentes entre grupos profissionais.

No quadro abaixo apresentamos a distribuição da importância que os profissionais dos dois grupos considerados nesta investigação se atribuíram mutuamente. Encontramos diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$) entre os dois grupos sendo maior a valorização atribuída pelos médicos aos enfermeiros do que ao contrário. De facto, enquanto 59,6% dos médicos consideraram que os enfermeiros são muito importantes para a sua prática profissional, 61,3% destes últimos consideram que os médicos são apenas importantes para o seu exercício profissional.

Quadro 34. Distribuição da importância mutuamente atribuída entre grupos profissionais

	Enfermeiros	Médicos	P
Nada importante/Pouco importante	6 (9,7)	2 (1,3)	$<0,001$
Importante	38 (61,3)	59 (39,1)	
Muito importante	18 (29,0)	90 (59,6)	

Através da técnica de análise de componentes obtivemos duas dimensões pelas quais se organizam os itens considerados acerca da avaliação entre grupos profissionais

ao longo do processo de diagnóstico e acompanhamento do processo de doença, em contexto hospitalar. Os resultados apresentadas no quadro abaixo, indicam primeiramente que no seu conjunto, as componentes obtidas explicaram 70,8% da variância total. Além disso, os valores de alfa de Cronbach globais, que variaram entre 0,76 e 0,73, respetivamente para as componentes 1 e 2, revelam uma elevada consistência interna dos dados. A primeira componente associou-se fortemente com aspetos ligados ao desempenho profissional diretamente com os pacientes (itens 1, 2 e 3), pelo que foi designada como *comunicação, histórico e proximidade*. A segunda componente associou-se fortemente a aspetos relacionados com os requisitos para a prática profissional (itens 4 e 5), pelo que assumiu a designação de *conhecimento e experiência*. Observamos uma correlação moderada entre as duas componentes com o valor de 0,442.

Quadro 35. Análise de componentes principais com rotação *oblimin* sobre os atributos mais valorizados na ação dos médicos/enfermeiros

	CP1	CP2
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	0,857	
Interesse pelo histórico do doente	0,841	
Proximidade no acompanhamento	0,745	
Conhecimento técnico-científico		0,758
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente		0,958
Correlações		
CP1		0,442
Variância explicada	40,9	29,9
Variância explicada cumulativa	40,9	70,8
Alfa de Cronbach	0,760	0,729

Tomando as componentes extraídas uma vez mais como unidades de análise, calculámos a média e o desvio padrão de cada uma, os quais apresentamos no quadro abaixo. Numa primeira análise, e com um nível de significância de $p < 0,001$, observamos a existência de diferenças significativas entre as duas dimensões, sendo a primeira aquela que recolheu uma menor importância (3,4 vs. 3,6). Os valores da significância observados na análise entre grupos profissionais permitiram-nos concluir a existência de diferenças ao nível dos grupos profissionais, sendo maior a valorização

atribuída pelos enfermeiros nas duas componentes. Ao nível das organizações hospitalares não se observaram diferenças significativas.

Quadro 36. Descrição das diferentes dimensões sobre os itens mais valorizados na ação dos grupos profissionais

	Total	Enfermeiros	Médicos	P	HSJ	HSA	P
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)		Média (DP)	Média (DP)	
Dimensão 1	3,4 (0,5)	3,6 (0,4)	3,4 (0,5)	0,015	3,4 (0,5)	3,4 (0,5)	0,695
Dimensão 2	3,6 (0,5)	3,8 (0,4)	3,5 (0,5)	0,001	3,6 (0,5)	3,6 (0,5)	0,609
P	<0,001						

Por via de uma análise fatorial exploratória utilizando correlações policóricas os dados sugeriram uma dimensão associada aos três primeiros itens relativos à comunicação, interesse e proximidade no acompanhamento ao doente, portanto, os itens pertencentes a cada componente principal. O valor de alfa de Cronbach foi de 0,66, revelando uma associação moderada entre a dimensão e os itens.

Quadro 37. Análise exploratória fatorial utilizando correlações policóricas

	Cargas Fatoriais
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	0,687
Interesse pelo histórico do doente	0,846
Proximidade no acompanhamento	0,685
Conhecimento técnico-científico	---
Comunicação objetiva no acompanhamento ao paciente	---
Alfa de Cronbach	0,665

¹ Item eliminado da análise por não apresentar um bom ajustamento.

Uma análise da dimensão anterior segunda a opinião de manutenção ou degradação dos seus atributos com a idade revelou que cerca de metade dos profissionais de saúde dos dois grupos não consideram que estes sejam influenciados pela idade. Não se verificou a existência de diferenças significativas na avaliação feita segundo os indicadores relativos à organização hospitalar, habilitações literárias, relação contratual, regime cumulativo, grupo profissional e intenção de reforma no momento, tal como comprovam os valores da significância superiores a 0,005 apresentados no quadro abaixo. Observaram-se, contudo, diferenças significativas com base no sexo

($p=0,046$), sendo o feminino aquele que considerou que os atributos estavam mais preservados (41,1% vs. 28,2%).

Quadro 38. Fatores associados com os atributos globais mais valorizados na ação dos médicos/enfermeiros

	Comprometida	Nem Comprometida/ Nem Mais Preservada	Mais Preservada	p
	N (%)	N (%)	N (%)	
Total	30 (17,0)	87 (49,4)	59 (33,5)	
Hospital				
HSJ	19 (16,8)	56 (49,6)	113 (33,6)	0,994
HSA	11 (17,5)	31 (49,2)	21 (33,3)	
Sexo				
Masculino	15 (14,6)	59 (57,3)	29 (28,2)	0,046
Feminino	15 (20,5)	28 (38,4)	30 (41,1)	
Habilitações literárias				
Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado	27 (19,1)	66 (46,8)	48 (34,0)	0,176
Doutoramento	3 (10,3)	19 (65,5)	7 (24,1)	
Relação contratual				
Exclusividade	6 (11,8)	23 (45,1)	22 (43,1)	0,285
Tempo integral	18 (18,6)	48 (49,5)	31 (32,0)	
Tempo parcial/Tarefa	4 (16,0)	16 (64,0)	5 (20,0)	
Regime cumulativo				
Sim	16 (14,8)	60 (55,6)	32 (29,6)	0,122
Não	14 (20,6)	27 (39,7)	27 (39,7)	
Grupo profissional				
Enfermeiro (a)	9 (21,4)	19 (45,2)	14 (33,3)	0,664
Médico (a)	21 (14,8)	68 (50,7)	45 (33,6)	

Ao nível do atributo de *conhecimento técnico-científico* este é o que os participantes consideraram ficar mais comprometido com a idade, não se tendo observado diferenças significativas ($p>0,005$) na classificação com a organização hospitalar, habilitações literárias, relação contratual e regime cumulativo como atestam os resultados do quadro abaixo. Observaram-se, contudo, diferenças significativas em relação ao sexo ($p=0,008$), sendo o masculino aquele que mais considerou que este conhecimento ficava comprometido (48,1% vs. 67,9%). Em termos de grupo profissional, foram os enfermeiros que consideraram que este conhecimento estava menos comprometido com a idade (34,0% vs. 68,4%). Também se verificou não existir uma associação entre a opinião acerca deste conhecimento estar comprometido ou preservado e os seguintes fatores: idade ($\rho=-0,01$, $p=0,836$), importância dos atributos ($\rho=-0,02$ ($p=0,700$) e $\rho=0,04$ ($p=0,587$), respetivamente para as dimensões 1 e 2.

Quadro 39. Fatores associados com a preservação do conhecimento técnico-científico com a idade

	Comprometida	Nem Comprometida/ Nem Preservada	Mais Preservada	P
	N (%)	N (%)	N (%)	
Total	109 (59,6)	32 (17,5)	42 (23,0)	
Hospital				
HSJ	73 (62,4)	15 (12,8)	29 (24,8)	0,084
HSA	36 (54,5)	17 (25,8)	13 (19,7)	
Sexo				
Masculino	72 (67,9)	18 (17,0)	16 (15,1)	0,008
Feminino	37 (48,1)	14 (18,2)	26 (33,8)	
Habilitações literárias				
Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado	84 (57,1)	26 (17,7)	37 (25,2)	0,237
Doutoramento	22 (73,3)	4 (13,3)	4 (13,3)	
Relação contratual				
Exclusividade	36 (70,6)	6 (11,8)	9 (17,6)	0,171
Tempo integral	55 (52,9)	20 (19,2)	29 (27,9)	
Tempo parcial/Tarefa	17 (68,0)	5 (20,0)	3 (12,0)	
Regime cumulativo				
Sim	71 (62,8)	22 (19,5)	20 (17,7)	0,093
Não	38 (54,3)	10 (41,0)	22 (31,4)	
Grupo profissional				
Enfermeiro (a)	16 (34,0)	11 (23,4)	20 (42,6)	<0,001
Médico (a)	93 (68,4)	21 (15,4)	22 (16,2)	

Após ajustarmos os resultados segundo o sexo e o grupo profissional verificámos que o principal determinante da opinião acerca da preservação do atributo de conhecimento técnico-científico era o grupo profissional. Os médicos apresentam uma associação negativa acerca da consideração da preservação do atributo (POR=0,30, IC95%=(0,15; 0,61)).

Quadro 40. Fatores associados com o atributo conhecimento técnico-científico

	POR ajustado (IC95%)
Sexo	
Masculino	1
Feminino	1,60 (0,84; 3,06)
Grupo profissional	
Enfermeiro (a)	1
Médico (a)	0,30 (0,15; 0,61)

Observámos ainda que as dimensões acerca da valorização dos atributos mais ou menos preservados com a idade não se associaram com a pretensão da aposentação no

momento, tal como comprovam os resultados do quadro abaixo. No caso específico do atributo conhecimento técnico e científico, numa análise inicial verificou-se a existência de uma associação positiva entre uma maior consideração da preservação deste atributo e uma maior pretensão de reforma ainda que, após um ajuste para o grupo profissional e organização hospitalar, tenhamos verificado a inexistência de qualquer associação.

Quadro 41. Fatores associados com a pretensão de reforma no momento

	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%) ¹
Valorização dos atributos		
D1 - Comunicação, histórico e proximidade	0,91 (0,51; 1,64)	0,59 (0,25; 1,39)
D2 - Conhecimento e experiência	1,39 (0,78; 2,59)	1,33 (0,57; 3,08)
Atributos comprometidos/preservados		
D1		
Comprometida	Ref.	Ref.
Nem comprometida/ Nem mais preservada	0,53 (0,22; 1,26)	0,51 (0,18; 1,39)
Mais preservada	0,55 (0,22; 1,39)	0,49 (0,17; 1,44)
Atributo <i>Conhecimento técnico e científico</i>		
Comprometida	Ref.	Ref.
Nem comprometida/Nem mais preservada	2,11 (0,93; 4,82)	1,08 (0,37; 3,16)
Mais preservada	2,33 (1,11; 4,88)	1,10 (0,43; 2,85)

1) Ajustado para todas as dimensões de cada escala, grupo profissional e hospital

Consideramos ainda que as relações e representações entre os grupos profissionais de médicos e enfermeiros são também afetadas pelo estatuto e o status que lhes são atribuídos. Estes não decorrem necessariamente de conhecimentos específicos ou de uma determinada ética mas, na verdade, da crença social acerca da dignidade e importância de uma profissão (Freidson, 2008). Em consequência, o grupo profissional dos enfermeiros goza de uma menor valorização social face ao grupo dos médicos. Não obstante, o autor considera que o facto destes profissionais se organizarem em torno da prática médica distingue-os de outras ocupações de outros sectores, fazendo com que existam representações sociais sobre este grupo distintas das demais. O status profissional é atingido e mantido por grupos sociais de elite convencida do valor especial de uma profissão, tal como acontece com os médicos. Poder-se-á portanto afirmar que a posição e poder de um grupo profissional são garantidos pelo poder e influência económica e política de uma elite que a suporta, além da exclusão das

profissões rivais no mesmo sector e exigência de submissão das demais à profissão dominante. Ainda assim, a atualidade é marcada por um declínio do poder e prestígio que algumas profissões detiveram no passado em consequência de alterações nas atitudes, comportamento e conhecimento dos públicos. Há hoje um maior questionamento da autoridade dos profissionais. No caso particular da medicina, Freidson destaca ainda a importância da standardização e rotinização de conhecimentos, além da importância da tecnologia no acesso a informação sobre doenças e tratamentos.

As relações e representações entre grupos profissionais devem ainda ser enquadradas no quadro de transformações ocorridas no hospital por influência de fatores externos e que derivam, nomeadamente, das orientações políticas para o setor da saúde, em concreto, como é exemplo a redefinição das carreiras médica e de enfermagem e, ainda, daquelas que afetam, um segmento mais alargado de trabalhadores, como são exemplo as alterações ao Estatuto da Aposentação. O carácter exterior destas medidas não permite que as mesmas sejam controladas antecipadamente. Destas resultam consequências inesperadas que podem fazer multiplicar as zonas de desacordo e de conflito entre tarefas, regras e objetivos, alimentando cadeias sucessivas de processos de negociação potencialmente produtores de uma nova ordem organizacional (Freidson, 2008).

O contexto é, portanto, fundamental para perceber os contornos do quadro de profissões e o seu sistema de regulação e de relações. Perguntámos aos participantes no nosso estudo qual a sua avaliação relativamente às transformações ocorridas ao longo dos últimos dez anos ao nível da gestão hospitalar. Os resultados são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 42. Avaliação global das transformações na gestão hospitalar nos últimos 10 anos

	Total	Enfermeiros	Médicos		HSJ	HSA	
	N (%)	N (%)	N (%)	P	N (%)	N (%)	P
Muito positivas	29 (12,9)	7 (10,4)	22 (14,0)	0,018	26 (17,8)	3 (3,8)	0,002
Positivas	102 (45,5)	28 (41,8)	74 (47,1)		70 (47,9)	32 (41,0)	
Negativas	39 (17,4)	11 (16,4)	28 (17,8)		18 (12,3)	21 (26,9)	
Muito negativas	14 (6,2)	1 (1,5)	13 (8,3)		6 (4,1)	8 (10,3)	
Foram medidas necessárias	40 (17,9)	20 (29,9)	20 (12,7)		26 (17,8)	14 (17,9)	

Perto de metade dos participantes fizeram uma avaliação positiva das transformações observadas mais recentemente na gestão hospitalar. Esta é especialmente notória entre os médicos considerando o somatório destes que as avaliaram como muito positivas ou positivas. A necessidade das transformações operadas é sobretudo referida pelos enfermeiros (29,9%). Em relação à organização hospitalar, observa-se que os profissionais do HSA têm uma opinião mais negativa acerca das alterações observadas (26,9% vs. 12,3%).

Estes dados indicam, portanto, que para a generalidade dos profissionais que inquirimos na nossa investigação, têm sido implementadas e seguidas medidas importantes e adequadas ao nível da gestão da rede e das organizações hospitalares. Levados a concretizar os principais impacto dessas transformações, os inquiridos indicaram sobretudo aspetos relacionados com o que consideraram ser uma falta de atenção ao desgaste físico e mental associado ao processo de envelhecimento, em sentido lato e, em concreto, ao tipo de funções que exercem. Consideram que existe uma *“desvalorização do desgaste produzido pelo exercício profissional”*, sendo-lhes exigido o desempenho de funções sem que exista atenção à *“diminuição das capacidades físicas e intelectuais para a prestação de cuidados”* decorrente do seu processo de envelhecimento, o que faz com que os profissionais considerem que a *“idade de reforma é inadequada devido às limitações físicas e intelectuais”*, *“Maior desgaste pela necessidade de trabalhar até mais tarde, mantendo o mesmo ritmo”*. No caso particular dos enfermeiros, ao desgaste decorrente de uma maior idade acresce a maior carga física do trabalho que desenvolvem e as consequências para a saúde daí decorrentes, na medida em que *“demasiados esforços físicos, muitas vezes em posições incorretas. Ficamos com lesões osteoarticulares que não são contemplados como doenças profissionais”*. Foram também amplamente referidos impactos ao nível da desmotivação e insatisfação dos profissionais que se traduzem num exercício de funções *“por obrigação e não com satisfação”* que se traduz na *“saída antecipada de profissionais; mobilidade de equipas; tensão relacional interpessoal”*, no *“medo da incapacidade para o exercício”* e na *“passagem à aposentação mais cedo”*. Foram ainda referidos impactos positivos ao nível, essencialmente, do tipo de cuidados prestados e dos modelos de organização do trabalho, através tanto da entrada de força de trabalho mais jovem e da consequente *“renovação por profissionais mais jovens e motivados”*, de uma *“maior rentabilidade do tempo”*, da *“união dos hospitais”*, da *“maior aproximação entre os grupos profissionais; melhores resultados no tratamento*

dos doentes; maior participação de todos na tomada de decisão” e da *“maior humanização no atendimento ao utente e família; individualização dos cuidados prestados; melhores condições físicas do serviço/unidades; valorização da imagem do hospital e seus colaboradores”*. Uma das consequências da aposentação antecipada passa pela *“ausência a curto prazo dos profissionais mais experientes”*, aspeto mais referido pelos médicos. Os médicos foram aqueles que mais referiram impactos negativos ao nível da organização do trabalho, referindo *“aumento da carga de stress; falta de tempo para discussão/reflexão”* e a *“burocratização incrível”*, a *“degradação da relação médico/doente”* por via de uma *“comercialização da relação”*. Os médicos referiram ainda bastante a *“desumanização dos cuidados”*, a *“fuga dos melhores profissionais para o privado”*. Apesar do aumento da responsabilidade ser amplamente referido pelos médicos, nem todos o perspetivam de forma negativa, havendo aqueles que encontram virtudes pelo melhor desempenho daí decorrente. Apenas os médicos referiram os impactos decorrentes das mudanças na carreira e não apenas da aposentação, ao contrário dos enfermeiros. Nos médicos são mais frequentes situações em que indicaram não ter sentido qualquer impacto.

Pretendemos ainda perceber se os inquiridos que afirmaram que as medidas adotadas ao nível da gestão hospitalar nos últimos dez anos foram negativas demonstravam mais intenção de aposentação, comparativamente aos que haviam feito uma avaliação positiva ou muito positiva das mesmas. Os resultados são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 43. Fatores relacionados com a intenção de aposentação

	N (%)	OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%) ¹
Muito positivas/Positivas	38 (29,9)	Ref.	Ref.
Muito negativas/Negativas	21 (42,0)	1,69 (0,86; 3,34)	2,05 (0,91; 4,62)
Foram medidas necessárias	20 (50,0)	2,34 (1,13; 4,84)	1,82 (0,76; 4,38)

1) Ajustado para todas as dimensões de cada pergunta, grupo profissional e hospital

Os dados dos *odds ratio* indicam que os participantes que acharam que as medidas tomadas eram necessárias mostraram maior intenção de aposentação face aos que consideraram essas medidas como muito positivas/positivas (OR=2,34 IC95%=(1,13; 4,84)).

Apresentados os dados obtidos relativamente às características e representações entre médicos e enfermeiros, passaremos a uma discussão estruturada dos resultados obtidos.

5.5. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Começamos por questionar se o significativo aumento absoluto e relativo do volume de médicos e enfermeiros registado em Portugal nas últimas décadas (INE, 2012a), com implicações num maior número de profissionais aptos à prestação de cuidados de saúde no SNS, permite responder, na atualidade e no futuro, às necessidades do sector da saúde.

No caso dos enfermeiros, apesar de não nos ter sido facultado o acesso aos cenários de projeção elaborados por Santana e a sua equipa (2009), consideramos que as dificuldades de absorção do mercado de trabalho de todos os diplomados na área de enfermagem patentes nos elevados níveis de desemprego observados entre as gerações mais novas deste grupo profissional (Fernandes; coord., 2011) e em muito associadas a um muito rápido aumento da oferta de cursos em enfermagem em finais da década de 1990, nos permitem assegurar com segurança que num futuro próximo existirão enfermeiros em número suficiente para colmatar as saídas verificadas, nomeadamente por aposentação. Trata-se, de facto, de um grupo profissional rejuvenescido e com um volume de diplomados aptos ao exercício profissional superior às atuais necessidades do SNS, pelo que o principal problema no futuro centrar-se-á na oferta e não necessariamente na procura.

Atendendo ao exposto, parece-nos lícito afirmar que ao eventual volume de enfermeiros que optem pela a curto/médio prazo pela aposentação corresponderá um volume superior de profissionais aptos a assumirem as suas funções estando, então, assegurada a provisão de eventuais necessidades neste grupo profissional. Reconhecemos, contudo, que à eventual saída de enfermeiros por aposentação poderá não significar necessariamente a contratação de profissionais mais jovens, situação esta verificada em outros estudos pelos quais se verificou que a saída de trabalhadores mais velhos nem sempre é acompanhada pela entrada de mais novos enquanto estratégia de

redução do volume de recursos humanos (Centeno, 2007). Esta substituição estará sobretudo dependente das necessidades das organizações hospitalares, sendo de frisar que no caso daquelas em que exercem funções os participantes neste estudo, a orientação empresarial das mesmas adotada pela sua transformação em EPE's poderá, por argumentos de gestão, condicionar a contratação de enfermeiros perante a saída de outros. Mais ainda será dependente das políticas de contratação em vigor que, no atual momento de crise em Portugal, colocam assinaláveis restrições à admissão de novos funcionários com encargos para o Estado.

Entendemos que a entrada de enfermeiros mais jovens seria importante não só para a referida substituição de saídas por aposentação, de forma a colmatar as necessidades criadas como, ainda, poderia fazer parte de uma estratégia de alteração das condições de trabalho dos enfermeiros mais velhos ainda em funções. Referimo-nos à existência de profissionais em número suficiente que pudessem assegurar tarefas e funções que, por eventuais debilidades decorrentes da idade dos mais velhos, pudessem estar comprometidas ou que colocassem em causa o desempenho, satisfação e saúde dos mais velhos. Referimo-nos, portanto, a uma estratégia de discriminação positiva com base na idade que proporcionasse condições de trabalho adequadas aos trabalhadores que optassem pelo prolongamento temporal da atividade.

Já entre os médicos apesar do aumento verificado, o controlo exercido no número de vagas no acesso ao curso de medicina limitou ao longo do tempo a oferta de diplomados nesta área, situação que permite neste momento uma quase total absorção de todos os diplomados em medicina pelo mercado de trabalho, particularmente no SNS. O ajustamento entre procura e oferta de médicos significou um poder acrescido por parte do grupo profissional médico e tem permitido que estes profissionais usufruam de condições significativamente distintas de outros grupos, nomeadamente dos enfermeiros. Referimo-nos, entre outros, à sua remuneração e benefícios, do Estado e de outras entidades, e de um mais elevado prestígio social, em muito resultante do distanciamento social entre médicos e leigos (Freidson, 2008). Este poder de regulação da produção de diplomados em medicina implica que haja hoje dois cenários: o excedente de médicos em algumas especialidades face às necessidades do SNS e o défice em outras, a par de um desequilíbrio na sua distribuição geográfica.

O *gap* previsto entre a oferta e a procura de médicos será particularmente sentido em especialidades como a medicina geral e familiar em consequência do significativo envelhecimento dos profissionais desta especialidade e da consequente maior

possibilidade de aposentação. O esperado défice de médicos de clínica geral e familiar tem uma implicação mais alargada em termos daquelas que são atualmente as orientações para o SNS. Consideramos que este fenómeno poderá comprometer a transição pretendida entre uma lógica hospitalocêntrica dominante em Portugal para uma efetiva aposta na rede de cuidados primários que constitui, de resto, um desígnio da atual estratégia para o setor da saúde.

Também entre as especialidades hospitalares, as obtidas pelos participantes nesta investigação, espera-se existir casos de défice ou excedente de médicos no horizonte de 2020. Além disso, algumas especialidades sentirão de forma mais expressiva os efeitos do envelhecimento dos seus profissionais e, a médio prazo, a necessidade de novos profissionais perante a saída dos mais velhos.

O baixo potencial de rejuvenescimento do grupo profissional médico dificilmente será contrariado caso não seja aumentada a oferta pela abertura de mais vagas no ensino superior, situação já várias vezes discutidas sem efeitos notórios subsequentes. Deve ainda ser considerado o processo de feminização deste grupo profissional não pode ser dissociado das evidências empíricas acerca de uma tendência mais significativa para a aposentação entre as mulheres (Romans, 2007), da qual resulta uma carreira contributiva mais curta e, em simultâneo, um período mais prolongado de usufruição de pensão por velhice e da prestação de cuidados de saúde resultantes da sua maior esperança de vida.

Pelo exposto, parece-nos que a colmatação das necessidades de médicos no futuro será apenas possível se for aumentada a sua oferta ou, então, se forem accionados mecanismos de incentivo ao prolongamento temporal da atividade que, combinados com um aumento da oferta, permitam colmatar a falta de médicos sentida. Não se trata, portanto, de adotar medidas paliativas como aquelas seguidas pelo Estado, aquando do aumento do volume de pedidos de aposentação após as alterações ao Estatuto da Aposentação que permitiram que médicos aposentados regressassem ao exercício profissional para assegurar as necessidades do SNS. Trata-se sim de considerar um horizonte mais alargado que faça frente à escassez de médicos em algumas especialidades e zonas geográficas que se manterá pelo menos até 2020 e que potencialmente será mais expressivo caso haja um aumento dos pedidos de aposentação face a eventuais futuras novas alterações.

Entendemos, portanto, que políticas de promoção do emprego direcionadas para médicos e enfermeiros, nomeadamente, são necessárias no atual contexto demográfico,

económico e social mas, também, no caso dos médicos particularmente, visam responder a necessidades claras do setor da saúde sob pena de serem comprometidas as metas definidas para o mesmo, nomeadamente no que respeita à valorização de rede de cuidados primários.

Não negamos eventuais debilidades físicas e psicológicas decorrentes da idade que possam comprometer o desenvolvimento de determinadas tarefas num cenário de prolongamento da atividade profissional, uma vez que o envelhecimento é, de facto, um fenómeno biológico irreversível (Almeida, 2012), bem como a necessária diferenciação entre idade biológica e psicológica constituindo uma alternativa a valorização da idade funcional (Guillemard, 2010). Todavia, os resultados obtidos junto dos inquiridos no estudo acerca da avaliação positiva que genericamente fazem entre o trabalho que exercem e a sua idade, bem como a elevada percentagem de médicos, essencialmente, que exercem funções em paralelo à prestação de cuidados de saúde na organização hospitalar pública considerada, levam-nos a crer que, existindo condições motivadoras para o prolongamento da atividade profissional e que, em concreto, respondam às principais motivações para a saída que discutiremos no próximo capítulo, consideramos existirem pelo menos condições do ponto de vista físico e psicológico para o prolongamento temporal da atividade.

Esta necessidade de promoção do prolongamento da atividade profissional dos profissionais em estudo, particularmente dos médicos, será fortalecida se se considerar as características e representações que, particularmente, marcam os grupos profissionais em causa.

Na segunda parte deste capítulo, focamo-nos nas especificidades dos grupos profissionais em estudo tendo por base o contexto hospitalar. Observamos que o conhecimento técnico-científico é um aspeto central, particularmente no que aos médicos diz respeito. Primeiramente estes profissionais consideram que a posse deste conhecimento é um aspeto central para o exercício da sua profissão, valorização que facilmente podemos associar ao dinamismo e à inovação científica no campo da medicina e às consequentes exigências de atualização/aquisição de conhecimentos e competências daí decorrentes. Esta valorização está também patente na opinião de que a aposta na atualização científica é mais importante do que a formação de base dos participantes. Também não será de estranhar que uma das dimensões extraídas acerca dos itens valorizados no exercício profissional agregue precisamente os relativos à *formação académica de base, permanente atualização científica e técnica e experiência*

profissional, esta última entendida enquanto potenciadora da aquisição de conhecimentos e competência no próprio exercício da atividade. É também um aspeto ao qual é atribuída grande importância na ação de médicos e enfermeiros, particularmente pelos enfermeiros face aos médicos. Não deixa, contudo, de ser um dos aspetos que médicos e enfermeiros consideram ficar mais comprometido com a idade, particularmente na opinião dos enfermeiros face aos médicos, avaliação esta sobretudo determinada pelo grupo profissional.

A grande importância atribuída à relação com os pacientes na atividades dos enfermeiros pode ser entendida à luz daquela que foi a evolução histórica desta atividade, recentemente profissão, ou seja, do cuidado com vista ao bem-estar do doente, numa relação entre enfermeiro e doente muito próxima e significativamente distinta daquela estabelecida com o médico. Constituindo este menor distanciamento social um fator preponderante nas representações e no menor prestígio social atribuídos aos enfermeiros (Freidson, 2008), consideramos que a manutenção da valorização desta relação, não obstante as especificidades da prática de enfermagem exigirem um acompanhamento mais próximo do doente, poderá alimentar fracas representações face aos enfermeiros.

Recordamos que a aposta na aprendizagem ao longo da vida profissional, nomeadamente pela aquisição ou atualização de conhecimentos é um aspeto central nas orientações de promoção do emprego entre os mais velhos. A queda do paradigma tripartido de vida em prol de uma abordagem holística do curso de vida permite que coexistam hoje situações de emprego e formação que, de resto, se tornam centrais para o sucesso dos indivíduos num mercado de trabalho cada vez mais dinâmico (Guillemard, 2010). Estudos como os desenvolvidos por Centeno (2007), Fernandes (2007) e Moreira et al (2012) evidenciam os benefícios claros de uma aposta na aprendizagem e formação ao longo da vida dos trabalhadores enquanto mecanismos de promoção da sua adequação às novas exigências do mercado de trabalho.

Mais importa ainda discutir a importância da relação estabelecida entre os grupos profissionais influenciadora de auto e hetero representações e relações profissionais satisfatórias e potencialmente marcantes da opção pelo prolongamento da atividade profissional. Não obstante os dois grupos se atribuírem uma elevada importância mutuamente, esta é especialmente notória dos médicos face aos enfermeiros. Não deixará de ser curioso que tal se verifique atendendo à manutenção da posição dominante dos médicos na divisão do trabalho em saúde e do maior poder a tal

associado. Acresce ainda o facto do trabalho dos enfermeiros em muito estar dependente das prescrições médicas, o que reduz a sua autonomia e alguma dependência face aos primeiros ainda que, de facto, tal não signifique que atribuem uma importância acrescida.

Concluimos afirmando que neste quinto capítulo demonstrámos que os participantes nesta investigação refletem um conjunto de transformações sociais e políticas observadas em Portugal nas últimas décadas que significaram, em concreto, um aumento dos recursos humanos em saúde disponíveis, o acesso da mulher à formação em medicina e a uma nova configuração da rede de prestação de cuidados de saúde em Portugal. Não obstante, estas transformações foram acompanhadas por um desequilíbrio entre a oferta e a necessidade de recursos de médicos e enfermeiros, respetivamente, que mais facilmente poderá ser mitigada com medidas vocacionadas para o prolongamento da sua atividade profissional.

CAPITULO VI

Políticas e Medidas para o Prolongamento Temporal da
Atividade Profissional de Médicos e Enfermeiros

A participação social dos indivíduos mais velhos é um dos pilares do envelhecimento ativo, paradigma que abriga as orientações e políticas públicas de resposta aos desafios decorrentes do processo de envelhecimento demográfico. Comungamos com a UE-27, OCDE e Banco Mundial que esta participação pode estar particularmente orientada para a participação no mercado de trabalho através da aplicação de medidas que visem o prolongamento temporal das trajetórias profissionais e, associado a este, a garantia de condições de saúde e trabalho adequadas.

Considerando que a participação dos mais velhos no mercado de trabalho está em muito dependente das políticas públicas adotadas nesse sentido, neste capítulo iremos discutir precisamente a génese e âmbito das políticas de emprego adotadas nesse sentido focando o caso específico de Portugal. Apresentamos também uma reflexão sobre as políticas de gestão de recursos humanos para segmentos de trabalhadores mais velhos, apresentámos as razões apuradas juntos dos inquiridos nesta investigação para a opção pelo prolongamento temporal da atividade profissional ou pela aposentação e concluímos com uma discussão dos resultados alcançados.

6.1. POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO PARA O PROLONGAMENTO TEMPORAL DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

As políticas públicas adotadas para a promoção do emprego entre os mais velhos baseiam-se, nomeadamente, em duas premissas: por um lado, que a sustentabilidade dos sistemas de proteção social apenas será garantida se for aliviada a pressão financeira exercida pelos encargos com o pagamento de pensões por velhice e a prestação de cuidados de saúde a uma população inativa com maior peso relativo face à ativa, situação agrava pelo atual contexto de crise económica; por outro, na aceitação da subjetividade do processo de envelhecimento e, portanto, na variedade interindividual na vivência da velhice patente em diferentes ritmos de evolução e intensidade das dimensões biológica e psicológica deste processo.

Do ponto de vista teórico, as atuais políticas de emprego para os indivíduos mais velhos rejeitam os pressupostos das abordagens teóricas ao envelhecimento radicadas numa visão tripartida da vida e em perspetivas funcionalistas segundo as quais os indivíduos mais velhos deveriam necessariamente assumir novos papéis sociais em consequência do seu processo de envelhecimento o que poderia implicar, nomeadamente, o seu afastamento social (Cumming; Henry, 1961; Havighurst, 1968). Pelo contrário, e no âmbito do paradigma de envelhecimento ativo ao promoverem o prolongamento temporal da atividade profissional e ao reconhecerem a variedade interindividual do processo de envelhecimento, resultante de diferentes combinações das dimensões biológica, psicológica e social, as atuais políticas de emprego para os mais velhos rejeitam fronteiras estanques entre fases da vida, nomeadamente entre a idade ativa e a velhice.

As políticas de emprego para os mais velhos que vários países tentam aplicar atualmente rompem precisamente com uma gestão por segmentos etários (Guillemard; Jolivet, 2006). Tentam ultrapassar a definição de um limite etário que obrigue necessariamente à saída dos trabalhadores do mercado de trabalho através da aposentação apostando, em alternativa, na promoção da sua participação social através, nomeadamente pela continuidade de uma atividade profissional promovendo, portanto, uma certa continuidade com aquela que tem sido a sua trajetória profissional. Tal tem inerente o reconhecimento da existência de mecanismos de adaptação dos indivíduos ao processo de envelhecimento que lhes permitem continuar a exercer os papéis sociais ocupados ao longo da sua vida. Estas políticas não podem ainda ser alheias ao tipo e densidade dos capitais acumulados pelos indivíduos ao longo da sua vida (O'Rand, 2011). De outra forma, trata-se de considerar que no mercado de trabalho, à semelhança de outras esferas da vida social, os indivíduos ocupam diferentes posições em consequência dos diferentes capitais que possuem e que, por sua vez, resultam, nomeadamente, da satisfação profissional ao longo da sua trajetória profissional, dos benefícios, rendimentos e prestígio acumulados, da relação estabelecida com o meio, entre outros fatores. Existindo uma multiplicidade de experiências profissionais e de capitais acumulados ao longo da vida ativa, torna-se essencial reconhecer a diversidade de posicionamentos face ao trabalho e à aposentação. Comungamos, portanto, a perspetiva das políticas de emprego para os mais velhos considerarem as suas diferentes trajetórias profissionais. Partilhamos a perspetiva de que a definição de políticas de

prolongamento da atividade profissional deve ter sempre subjacente que o envelhecimento é uma construção social e que os indivíduos devem ser agentes ativos no seu processo de envelhecimento.

No sentido de promover a permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, a UE-27 tem recomendado um conjunto de medidas de incentivo ao prolongamento da atividade profissional que apresentámos e discutimos no Capítulo IV. Mais tem reconhecido que a promoção do envelhecimento ativo e, em concreto, no que ao mercado de trabalho diz respeito passa, em larga medida, por uma intervenção simultânea ao nível individual, organizacional e político. Neste ponto iremos discutir precisamente o posicionamento dos participantes nesta investigação face à intervenção política no domínio da promoção do prolongamento temporal da atividade profissional.

Apesar das orientações elencadas para a promoção do prolongamento temporal da atividade profissional, em Portugal uma grande parte das medidas adotadas para este efeito tem-se baseado na alteração ao Estatuto da Aposentação. Em concreto, têm sido operadas medidas para adiar a idade de passagem à aposentação, de forma a prolongar no tempo a trajetória profissional dos indivíduos, e para alterar a fórmula de cálculo das pensões para, assim, se diminuïrem os encargos com as prestações sociais por velhice. Atendendo à centralidade do conceito de aposentação nesta investigação, à importância das alterações operadas no respetivo quadro legal no âmbito da estratégia de Portugal para o incentivo ao prolongamento temporal da atividade profissional e ao seu impacto destas alterações nas expectativas e representações dos indivíduos, apresentaremos de seguida as principais modificações operadas no quadro legal que regulamenta as condições de transição para a aposentação. Esta exposição e análise serão articuladas com a apresentação e discussão dos resultados da apreciação realizada pelos inquiridos neste estudo face às alterações legais produzidas.

6.1.1. POSIÇÃO FACE AO ENQUADRAMENTO LEGAL DA APOSENTAÇÃO

Em Portugal, as condições de acesso à aposentação são reguladas pelo Estatuto da Aposentação, aprovado pela primeira vez em 1972²⁹. Desde então várias alterações foram produzidas a este Estatuto com efeitos nas condições de transição para a aposentação dos trabalhadores portugueses.

Particularmente, desde o ano de 2005, foram introduzidas alterações significativas neste Estatuto³⁰ com a definição de novos requisitos para o acesso à aposentação no que concerne, nomeadamente, à idade mínima de acesso à mesma e ao tempo de serviço exigidos, bem como novas fórmulas de cálculo das pensões com efeito na redução do seu valor. Neste ano foram revogadas as condições de aposentação da Administração Pública e, por inerência, dos médicos e enfermeiros em funções no SNS. Este processo iniciou-se com a convergência entre o regime de aposentação da função pública – assegurado pela CGA – e o setor privado³¹, assegurado pela Segurança Social, de forma a uniformizar as condições de acesso à aposentação e de cálculo das pensões para os trabalhadores dos dois setores.

Começamos esta análise por apresentar as alterações produzidas ao nível da idade e do tempo de serviço exigidos. No que concerne ao acesso à aposentação ordinária (não antecipada) com direito a pensão completa, importa referir a alteração da idade mínima legal e dos anos de serviço exigidos para este efeito. Foi definido um aumento de 6 meses por cada ano para os trabalhadores que atingissem os 65 anos de idade em 2015 e o aumento do tempo de serviço mínimo para os 40 anos em 2013. Em 2008, novas alterações³² foram aplicadas das quais se destaca a possibilidade de aposentação antecipada desde que os trabalhadores tivessem 33 anos de serviço, independentemente da sua idade³³ e a possibilidade de, a partir de 1 de Janeiro de 2009, 30 anos de serviço aos 55 anos de idade ser condição suficiente para a apresentação do

²⁹ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 498/72, de 9 de dezembro.

³⁰ Referimo-nos concretamente à Lei n.º 60/2005, de 29/12, Lei n.º 52/2007, de 31/08 e Lei n.º 11/2008, de 20/02.

³¹ Através da Lei n.º 60/2005, de 29 de dezembro.

³² Lei n.º 11/2008, de 20 de fevereiro.

³³ Para pedidos apresentados até 21 de dezembro de 2008.

pedido de aposentação antecipada³⁴. Para um mais fácil entendimento das alterações produzidas para o acesso à aposentação ordinária apresentamos no quadro abaixo a idade e o tempo de serviços legalmente exigidos.

Quadro 44. Idade mínima legal e anos de serviço exigidos para acesso à aposentação ordinária completa (em anos)

Data de apresentação do pedido de aposentação	Idade	Tempo de serviço de carreira completa
Até 31 de dezembro de 2005	60	36
1 de janeiro de 2006	60,5	36,5
1 de janeiro de 2007	61	37
1 de janeiro de 2008	61,5	37,5
1 de janeiro de 2009	62	38
1 de janeiro de 2010	62,5	38,5
1 de janeiro de 2011	63	39
1 de janeiro de 2012	63,5	39,5
1 de janeiro de 2013	64	40
1 de janeiro de 2014	64,5	40
A partir de 1 de janeiro de 2015	65	40

Desde o ano de 2005, em que como referimos se iniciaram de forma mais intensa alterações ao Estatuto da Aposentação, é notório um aumento gradual da idade e do tempo de serviço exigidos para o acesso à aposentação ordinária com pensão completa. Considerando o período em que o inquérito foi aplicado (finais de 2011 para a maioria dos inquiridos), as condições exigidas para o acesso a esta modalidade de aposentação implicavam 63 anos de idade e 39 anos de serviço completo.

Nas alterações legais produzidas foi mantida a possibilidade de transição à aposentação ordinária a indivíduos que não reúnam os requisitos exigidos de idade e tempo de serviço para a aposentação ordinária completa através da atribuição de uma pensão reduzida. As condições em vigor para esse efeito são aquelas abaixo apresentadas.

³⁴ Salientamos ainda outras alterações: a fixação da pensão de aposentação voluntária (independente da verificação de incapacidade) decorre da lei em vigor e da situação do requerente na data de pedido da aposentação; quanto ao cargo pelo qual se verifica a aposentação, para os subscritores inscritos na CGA até 31 de agosto de 1993, e relativamente ao serviço prestado até 31 de dezembro de 2005, é considerado o último cargo de inscrição na CGA à data anterior; relativamente ao cálculo da parcela da pensão de aposentação dos subscritores inscritos na CGA até 31 de agosto de 1993, e face ao serviço prestado a partir de 1 de janeiro de 2006, bem como das pensões dos subscritores inscritos na CGA a partir de 1 de setembro de 1993, são aplicáveis as regras em vigor para o regime geral da Segurança Social. A fórmula de cálculo das pensões de aposentação acarretou, ainda, uma genérica diminuição do valor das mesmas.

Quadro 45. Idade mínima legal para a passagem à aposentação ordinária com pensão reduzida (em anos)

Data de apresentação do pedido de aposentação	Idade	Tempo de serviço de carreira completa
1 de janeiro de 2007	61	36
1 de janeiro de 2008	61,5	33
1 de janeiro de 2009	62	30
1 de janeiro de 2010	62,5	25
1 de janeiro de 2011	63	23
1 de janeiro de 2012	63,5	21
1 de janeiro de 2013	64	19
1 de janeiro de 2014	64,5	17
A partir de 1 de janeiro de 2015	65	15

Observamos que existe igualmente um período transitório de diminuição do tempo de serviço exigido até que em 2015 seja atingido o mesmo número de anos do regime geral da Segurança Social (15 anos). Desta forma, qualquer indivíduo que tenha pelo menos 65 anos e 15 anos de serviço pode solicitar a aposentação, sendo o montante da pensão reduzido na proporção dos anos de serviço em falta³⁵. Antes desta alteração eram exigidos 36 anos de serviço para a apresentação do referido pedido. Esta medida de diminuição gradual dos anos de serviço para acesso à aposentação enquadrou-se numa estratégia do Governo para redução do volume de funcionários públicos através da facilitação das condições de saída dos mesmos por aposentação.

Nos casos em que os indivíduos não reúnam condições para solicitar a aposentação ordinária, seja completa ou reduzida, o Estatuto da Aposentação prevê a modalidade de aposentação antecipada com penalização na pensão mediante o cumprimento de uma das seguintes condições:

- a) para as pensões requeridas entre 1 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2008, o subscritor tem que ter completado 33 anos de serviço;
- b) para as pensões requeridas após 1 de janeiro de 2009, o subscritor tem que ter pelo menos 55 anos de idade e, à data em que perfaça esta idade, ter completado pelo menos 30 anos de serviço.

Confrontado o enquadramento legal de transição à aposentação, ordinária ou antecipada, antes apresentado e em vigor no momento de aplicação do inquérito por

³⁵ Alteração introduzida pela Lei nº 11/2008.

questionário, com os dados recolhidos através deste instrumento, notámos que a generalidade dos inquiridos reuniam condições para solicitarem a aposentação ainda que em modalidades distintas em função dos requisitos cumpridos. Não obstante ter sido condição essencial para a participação nesta investigação que os médicos e enfermeiros tivessem pelo menos 55 anos, a idade mínima para o pedido de aposentação antecipada, verificámos que a maioria dos inquiridos (90,6% em cada grupo profissional) iniciaram a sua atividade profissional até ao ano de 1981 o que, não tendo ocorrido interrupção da atividade profissional, perfaz os 30 anos de serviço exigidos para a aposentação antecipada. Outros casos existirão em que os participantes poderiam solicitar a aposentação ordinária, completa ou reduzida, calculando-se ser residual a percentagem daqueles que no momento de aplicação dos inquéritos não poderiam, em qualquer regime, solicitar a aposentação.

Considerando a relevância das medidas mais recentes operadas no âmbito do Estatuto da Aposentação e a forte possibilidade dos inquiridos poderem solicitar a aposentação, considerámos pertinente questionar os mesmos acerca do seu grau de conhecimento face às alterações produzidas e que definiam as condições legais em vigor. Observámos níveis elevados de conhecimento das referidas alterações, particularmente entre os enfermeiros (76,8% vs. 59,9%).

Considerámos também ser pertinente conhecer a sua opinião sobre a idade de transição à aposentação, um dos aspetos mais modificado pelas alterações ao enquadramento da legislação operadas nos últimos anos. Em concreto, procurámos conhecer a posição dos inquiridos face à existência de uma idade legal para passagem à aposentação, à sua concordância com o limite etário atualmente em vigor para o acesso à mesma e a avaliação que fazem sobre alterações operadas.

Verificámos não existir consenso, na globalidade dos inquiridos e em cada grupo profissional, relativamente à definição de uma idade para a transição à aposentação. Cerca de metade dos médicos e dos enfermeiros afirmaram ora concordar, ora discordar com a definição deste limite etário, aspeto este que nos remete necessariamente para o reconhecimento pelos inquiridos da subjetividade do processo de envelhecimento, decorrente tanto dos diferentes capitais acumulados ao longo da vida como da variedade dos efeitos biológicos, psicológicos e sociais deste processo em cada indivíduo o que tem inerente, portanto, a recusa de fronteiras etárias estanques alheias à diversidade individual de vivências do envelhecimento.

No que se refere à idade com que os participantes tencionam aposentar-se verificámos a existência de posições distintas em função do grupo profissional. Cerca de metade dos médicos afirmou pretender aposentar-se aos 65 anos. Além disso, 28,8% indicou pretender aposentar-se apenas quando atingir a idade máxima para o exercício da atividade, ou seja, aos 70 anos. Por sua vez, os enfermeiros mostraram um posicionamento distinto dado que a grande maioria (70,5%) afirmou pretender aposentar-se antes ou quando atingir os 60 anos. Contrariamente aos médicos é residual a percentagem dos enfermeiros que manifestou intenção de trabalhar após os 65 anos. É então manifestamente maior a intenção dos médicos em prolongarem a sua atividade profissional, nomeadamente após a idade mínima legalmente definida para o acesso à aposentação ordinária ainda que com pensão reduzida.

Indicadas as alterações à idade e tempo de serviço completos para o acesso à aposentação, bem como o posicionamento dos inquiridos face às mesmas, é momento de apresentarmos as alterações operadas ao nível das fórmulas de cálculo das pensões de aposentação das quais resultou uma diminuição dos montantes auferidos, particularmente em casos de recurso à aposentação antecipada. Para esta modalidade foi definida uma penalização tanto maior quanto o período de antecipação à qual acresce a redução decorrente no caso do subscritor não ter uma carreira completa. Nos casos em que haja excesso de tempo de serviço, essa penalização poderá ser diminuída ou mesmo anulada. A penalização em vigor foi definida em 4,5% por cada ano de antecipação até ao final de 2014 tendo por base a idade legalmente definida para a aposentação ordinária. Depois dessa data a penalização é calculada com base mensal (0,5%). O tempo sobre o qual esta incide é reduzido de 6 meses por cada ano de serviço a mais, até final de 2014, relativamente ao exigido para a pensão ordinária completa. A partir de 1 de janeiro de 2015, esse tempo é reduzido de um ano por cada período de três que o tempo de serviço exceda os 30 anos no momento em que o subscritor atingir 55 anos de idade.

Com a aprovação do Orçamento de Estado de 2010³⁶ a aposentação antecipada passou a acarretar uma penalização de mais 0,5% (ou de 6% por ano, conforme o definido para o sector privado), face aos 4,5% já em vigor. Ainda que esta medida estivesse prevista para 2015 acabou por ser adotada em 2010 o que motivou uma forte contestação. Também as condições de bonificação foram alteradas: aos 55 anos, por

³⁶ Lei n.º 3-B/2010, de 28 de abril.

cada 3 anos de serviço além dos 30 anos necessários, o trabalhador viu reduzido 1 ano de penalização na pensão. Ao nível da fórmula de cálculo da pensão, o último salário de 2005 passou a ser o valor ponderado para a primeira parcela do cálculo substituindo, assim, a última remuneração antes da aposentação até então considerada. À data, o governo previu que esta alteração afetasse cerca de um terço dos funcionários públicos.

Atendendo às alterações produzidas ao nível da penalização por aposentação antecipada, procurámos saber a opinião dos participantes acerca daquele que consideram ser um intervalo aceitável para a mesma. A maioria dos enfermeiros (71,2%) considerou uma penalização mínima até 6,5%. Já a maioria dos médicos (84,0%) considerou um mínimo de 10%. Mais importa referir que um quarto dos enfermeiros e um quinto dos médicos considerou que não deveria haver qualquer penalização. Quanto ao limite máximo de penalização, os enfermeiros e médicos (62,0% vs. 55,6%) indicaram uma penalização máxima de 10,0%.

As alterações produzidas no enquadramento da aposentação abarcaram ainda as vantagens legalmente definidas para os trabalhadores que optem pelo exercício profissional além da idade e do tempo de serviço definidos para a aposentação completa ordinária. No caso do tempo de carreira completa (em idade e anos de serviço) ser superior ao definido, é aplicada uma bonificação de 0,65%, a qual é multiplicada pelos meses incluídos no período entre a data em que o subscritor adquiriu o direito à pensão completa e a data em que se aposenta até ao limite de 70 anos. Existem contudo limites de bonificação à pensão máxima de 90% do último vencimento ilíquido. Além disso, o valor da pensão, cuja referência será o último vencimento, será tanto maior quanto for este último em consequência, nomeadamente, das atualizações salariais anuais. Não obstante este regime de bonificações constituir um mecanismo de incentivo financeiro ao prolongamento temporal da atividade profissional, salientamos a diferença significativa entre a percentagem de bonificação e a de penalização. O enquadramento legal em vigor penaliza mais aqueles que optam pela aposentação antecipada do que premeia os que optam pela continuidade do exercício profissional.

A reação de vários trabalhadores mais velhos ao conjunto de alterações ao Estatuto da Aposentação resultou num elevado número de pedidos de aposentação. Estes podem ser entendidos enquanto estratégia de evitamento da entrada em vigor das novas condições definidas e mais penalizadoras face às condições então em vigor, bem como de evitamento de eventuais novas alterações que pudessem ainda tornar mais

penalizadora a transição para a aposentação. O referido aumento dos pedidos de aposentação foi de tal forma significativa que chegou a colocar a resposta aos mesmos por parte dos serviços competentes, tal como foi noticiado por vários órgãos de comunicação social.

Naturalmente que entre os vários pedidos de aposentação apresentados se incluíram médicos e enfermeiros em exercício no SNS. A saída dos primeiros tomou tal expressão que resultou num cenário de escassez de médicos em algumas especialidades. Se analisarmos o fluxo de entradas e saídas de médicos e enfermeiros com idade entre os 55 e os 65 anos apresentado no quadro abaixo, rapidamente percebemos o assinalável aumento das saídas em 2009. Em 2008 o volume de saídas face aos ativos tinha um valor residual. Em 2009 passou a corresponder a 9,0% entre os médicos e a 23,6% entre os enfermeiros.

Quadro 46. Médicos e enfermeiros ativos e saídos entre os 55 e os 65 anos de idade

Ano	Médicos		Enfermeiros	
	Ativos	Saídos	Ativos	Saídos
2001	1793	8	1723	11
2002	1938	8	1644	19
2003	2054	6	1440	14
2004	2330	7	1451	8
2005	2608	5	1454	8
2006	2791	2	1214	9
2007	3175	5	1290	4
2008	3569	11	1378	7
2009	3939	354	1352	319
2010	4427	296	1522	238
2011	4714	342	1569	304
2012 – até março	4775	82	1592	96

Fonte: Ministério da Saúde, 2012.

Não obstante o peso relativo das saídas ter sido maior entre os enfermeiros, o acréscimo de pedidos de aposentação foi sobretudo gravoso entre os médicos atendendo ao já discutido ténue equilíbrio entre procura e oferta neste grupo profissional, facilmente afetado por variações nas duas variáveis como foi o caso do aumento do volume de pedidos de aposentação entre os médicos. O referido cenário de escassez foi particularmente sentido na especialidade de medicina geral e familiar aquela que, segundo dados do estudo de necessidades previsionais de médicos desenvolvido por

Santana e a sua equipa (2009), é uma daquelas que, cumulativamente, apresenta um maior índice de envelhecimento, um menor potencial de rejuvenescimento e na qual se espera ser maior o *gap* entre oferta e necessidades do SNS até 2020.

Para responder ao cenário de escassez de médicos em algumas especialidades motivado pelo aumento de saídas, o Governo criou um enquadramento legal excecional que permitiu a contratação de médicos aposentados para o exercício de funções no SNS. O número destes profissionais a contratar é definido anualmente. Foram definidas condições pré-estabelecidas de forma a garantir a clareza e transparência na contratação destes profissionais. Este regime foi aprovado para um período de vigência de 3 anos (vigorando até Julho de 2013, portanto), tendo três principais objetivos: dar resposta à escassez de médicos no país; assegurar a manutenção dos cuidados de saúde a todos os cidadãos, tanto nos centros de saúde como noutros estabelecimentos do SNS; contribuir para consolidar a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Em termos de remuneração o regime aprovado prevê que os médicos aposentados sem recurso a mecanismos legais de antecipação não possam acumular o recebimento da pensão com qualquer remuneração correspondente àquelas funções. Assim, durante o exercício de funções, é suspensa a pensão ou, então, a remuneração, conforme opção do profissional. Para os profissionais que optaram pela aposentação antecipada, foi autorizado o exercício de funções públicas com remuneração definida de acordo com a categoria e escalão detidos à data da aposentação e o período normal de trabalho aplicável, ficando estes abrangidos pelo regime geral da Segurança Social. Para estes também a pensão de aposentação é suspensa durante o contrato estabelecido. Para 2013 foi aprovada a contratação de até 200 médicos aposentados³⁷.

Além das alterações operadas no Estatuto da Aposentação, os últimos anos foram marcados por transformações ao nível das condições que regulamentam a prática profissional de médicos e enfermeiros. Por reconhecermos a essas transformações potencial para influenciarem a forma como os indivíduos perspetivam os seus tempos de trabalho e de inatividade e, portanto, podendo moldar a intenção de prolongamento temporal da atividade ou de aposentação, nos próximos pontos iremos precisamente apresentar as alterações produzidas ao nível das carreiras de medicina e de enfermagem.

³⁷ Segundo o disposto no *Diário da República*, 2.^a série — N.º 20 — 29 de janeiro de 2013

6.1.2. ALTERAÇÕES À CARREIRA MÉDICA

A reforma da Administração Pública operada nos últimos anos implicou alterações ao nível da gestão dos recursos humanos em saúde³⁸ que incluíram a definição de novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais.

Na carreira médica, a regulamentação³⁹ existente foi revogada no ano de 2009. O Decreto-Lei n.º 176/2009 veio estabelecer o regime da carreira dos médicos nas E.P.E. e nas parcerias em saúde, assim como os respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. Já o Decreto-Lei n.º 177/2009 estabeleceu o regime da carreira especial médica dentro da Administração Pública, assim como os respetivos requisitos de habilitação profissional. A necessidade deste regime especial prendeu-se com a consideração de que *“a carreira médica, a natureza da prestação de cuidados médicos, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua integração numa carreira geral, impondo, por isso, a criação de uma carreira especial”* (Decreto-Lei n.º 176/2009)

A alteração ao regime até então em vigor foi apresentada tendo como objetivo garantir, nomeadamente, a existência de percursos de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica dos médicos do SNS. Daqui se conclui a importância atribuída à uniformização de percursos profissionais, ainda que com atenção a diferenças decorrentes dos conhecimentos e capacidades técnico-científicas.

Foi instituída uma carreira médica única, embora organizada por áreas de exercício profissional, fundando-se em deveres funcionais comuns para todos os médicos e num conteúdo funcional de prestação de cuidados de saúde, investigação e formação profissional.

Tendo por base a qualificação médica, baseada nos conhecimentos e capacidades técnicas dos médicos e estruturada segundo os graus atribuídos pelo Ministério da

³⁸ Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro.

³⁹ Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de março.

Saúde e reconhecidos pela OM, foram definidos dois graus comuns às carreiras médicas consideradas: especialista e consultor que substituíram os graus diferenciados segundo a carreira médica antes existentes. Para efeitos de transição entre graus, os médicos que detinham o título de especialista concedido pela OM foram equiparados a especialistas. Os graus de generalista, especialista, e especialista em saúde pública foram equiparados a especialista. O grau de consultor é equiparado ao grau também designado de consultor. A obtenção do grau de especialista depende da conclusão, com aproveitamento, do internato da especialidade. Já o grau de consultor depende da habilitação efetuada por procedimentos de concurso. Os clínicos gerais não habilitados com o grau de generalista não transitaram para a nova carreira, mantendo-se como titulares de categoria subsistente.

A organização da carreira especial médica foi feita segundo as seguintes áreas de exercício profissional: hospitalar, medicina geral e familiar, saúde pública, medicina legal e medicina do trabalho, prevendo-se uma possível inclusão de outras áreas no futuro. Foram também definidas três categorias dentro das áreas de carreira médica que substituíram as anteriores⁴⁰: assistente, assistente graduado e assistente graduado sénior. O acesso à carreira médica, incluindo a mudança de categoria, ocorre por procedimento concursal. Com a entrada em vigor dos dois novos Decretos-Lei mantiveram-se, portanto, dois graus e três categorias nas carreiras médicas. O pessoal médico até então integrado em carreiras médicas de clínica geral, hospitalar e de saúde pública com a categoria de assistente transitou para a categoria de assistente; pessoal médico integrado em carreiras médicas de clínica geral, hospitalar e de saúde pública com a categoria de assistente graduado transita para a categoria de assistente graduado; o pessoal médico integrado em carreiras médicas de clínica geral, hospitalar e de saúde pública com a categoria de chefe de serviço transita para a categoria de assistente graduado sénior. A alteração na designação da categoria de chefe de serviço para assistente graduado sénior prendeu-se com a impossibilidade de existirem categorias cuja designação seja suscetível de confusão com cargos de chefia, os quais implicam uma nomeação. Salvaguarda-se, assim, a separação entre cargos de gestão e a evolução nos graus e categorias da carreira médica. Os médicos integrados em contratos individuais de trabalho sem possibilidade laboral de progressão e diferenciação técnica, científica e salarial, foram integrados na carreira médica.

⁴⁰ Clínica geral, hospitalar e de saúde pública.

A distribuição dos inquiridos no nosso estudo segundo as novas categorias introduzidas na carreira médica é apresentada no quadro abaixo, do qual se conclui que cerca de metade dos médicos se encontra na categoria mais elevada de assistente graduado sénior (52,4%).

Quadro 47. Distribuição dos médicos por categoria de carreira (%)

Carreira médica	4,1
Assistente	6,8
Assistente graduado	36,7
Assistente graduado sénior	52,4
Total	100,0

(n=160)

Importa ainda referir que a transição para as novas carreiras e categorias implicou um reposicionamento remuneratório (variável segundo a categoria e a avaliação de desempenho), a definição de um conjunto de obrigações dos médicos integrados na carreira médica, não obstante a autonomia e características técnico-científicas de cada especialidade médica e, ainda, um conjunto de funções específicas para cada categoria: à admissão à categoria de assistente é exigido o grau de especialista; à categoria de assistente graduado é exigido o grau de consultor; à categoria de assistente graduado sénior é exigido o grau de consultor e três anos de exercício efetivo com a categoria de assistente graduado.

Apenas os assistentes graduados seniores podem exercer funções de direção, chefia, ou coordenação de departamentos, serviços ou unidades funcionais do SNS. Em casos devidamente fundamentados, os assistentes graduados podem exercer também estas funções. Estas funções prevalecem sobre a prestação de cuidados de saúde, ainda que não impeçam as mesmas.

Os diplomas aprovados para a alteração da carreira médica mantiveram o limite semanal de horas extraordinárias, assim como a dispensa, a partir dos 55 anos de idade, de trabalho em serviço de urgência, em unidades de cuidados intensivos e intermédios, com efeitos desde o 30.º dia após a apresentação da declaração de dispensa.

No ponto seguinte apresentaremos as alterações operadas ao nível da carreira de enfermagem.

6.1.3. ALTERAÇÕES À CARREIRA DE ENFERMAGEM

Pelas especificidades das suas funções, os enfermeiros usufruíram também de uma carreira especial, à semelhança dos médicos. É neste sentido que surgiram novos diplomas jurídicos como garantia que *“os enfermeiros das instituições de saúde no âmbito do SNS possam dispor de um percurso comum de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica, o que possibilita também a mobilidade interinstitucional, com harmonização de direitos e deveres, sem subverter a autonomia de gestão do sector empresarial do Estado”* (Ministério da Saúde, 2009b).

O Decreto-Lei 247/2009, de 22 de setembro, veio definir o regime legal de carreira dos enfermeiros em exercício de funções nas E.P.E. e nas parcerias em saúde em regime de gestão e financiamento privados, integradas no SNS, além dos respetivos requisitos de habilitação profissional e percurso de progressão profissional e de diferenciação técnico-científica. O Decreto-Lei 248/2009, de 22 de setembro, definiu, por sua vez, o regime da carreira especial de enfermagem e os respetivos requisitos de habilitação profissional. Estes diplomas implicaram uma organização da carreira de enfermagem pelas seguintes áreas de exercício profissional e de cuidados de saúde: hospitalar e de saúde pública, cuidados primários, continuados e paliativos, na comunidade, pré-hospitalar e de enfermagem no trabalho, não obstante a possibilidade de poderem ser integradas outras áreas. Atendendo às diferenças no exercício de atividades dentro de cada uma destas áreas, cada uma tem formas adequadas à sua natureza. Até então, previam-se três áreas de atuação em enfermagem: prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

Com a entrada em vigor dos decretos-lei referidos, a carreira em enfermagem passou a ser estruturada em duas categorias: enfermeiro e enfermeiro principal que substituíram os quatro níveis com diferentes categorias em vigor até então. Com a extinção da carreira de enfermagem houve uma integração dos enfermeiros que ocorreu da seguinte forma: os até então titulares da categoria de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista foram integrados na nova categoria de enfermeiro; os titulares das categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor foram integrados na nova categoria de enfermeiro principal (desde que o montante

pecuniário correspondente à remuneração base a que tenham direito não seja inferior ao montante pecuniário correspondente ao nível remuneratório da primeira posição da categoria de enfermeiro principal).

Atualmente, o exercício de funções no âmbito da carreira especial de enfermagem depende da obtenção do título profissional atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Já a admissão para a categoria de enfermeiro é exigida a titulação em cédula profissional definitiva, atribuída pelo mesmo organismo. Para admissão à categoria de enfermeiro principal são exigidos, cumulativamente, a detenção do título de enfermeiro especialista, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros, e um mínimo de cinco anos de experiência efetiva no exercício da profissão. Até então, a promoção na carreira dependia de fatores como o tempo de serviço na categoria (critério este não aplicável a todas as progressões), o resultado da avaliação de desempenho (sendo a nota mínima considerada a de satisfaz), da formação dos enfermeiros, nomeadamente ao nível da especialização ou mesmo pela abertura de concurso.

No quadro abaixo apresentamos a distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo as categorias de carreira. A análise do mesmo evidencia que, cerca de metade destes profissionais, encontra-se na categoria de enfermeiro (53,0%), sendo claramente inferior a parcela daqueles que ocupam a categoria mais elevada, contrariamente ao observado entre os médicos.

Quadro 48. Distribuição dos enfermeiros por categorias da carreira (%)

Carreira de enfermagem	28,8
Enfermeiro	53,0
Enfermeiro principal	18,2
Total	100,0

(n=71)

O número de enfermeiros principais deverá constituir um mínimo de 10% e um máximo de 25 % face ao número total de enfermeiros de que o órgão ou serviço necessite para o desenvolvimento das respetivas atividades.

Foram previstos níveis remuneratórios condicentes com as posições remuneratórias das categorias da carreira especial de enfermagem. Já os enfermeiros integrados na carreira especial de enfermagem em unidades de saúde familiar gozam de um agrupamento autónomo para fins remuneratórios.

O acesso a funções de direção ou chefia no SNS é limitado a profissionais com a categoria de enfermeiro principal ou, se definido em diploma próprio, em outras consideradas adequadas desde que se cumpram os requisitos de admissão à categoria de enfermeiros principal. São critérios cumulativos de nomeação: i) as competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas; ii) um mínimo de 10 anos de experiência efetiva no exercício da profissão; iii) formação em gestão e administração de serviços de saúde. Contudo, estão previstos casos de não acumulação destes requisitos para o exercício de tais funções caso não existam enfermeiros principais que satisfaçam todos os itens indicados.

As mudanças operadas ao nível do Estatuto da Aposentação e das carreiras profissionais de medicina e enfermagem foram acompanhadas pelos organismos de representação dos dois grupos profissionais. Referimo-nos, em concreto, às respetivas Ordens profissionais e sindicatos. Considerando a importância atribuída à defesa e representação dos interesses dos dois grupos profissionais e realizada pelos organismos indicados, apresentaremos de seguida a opinião dos participantes no estudo acerca do papel dessas mesmas organizações.

6.1.4. AVALIAÇÃO DA DEFESA DOS INTERESSES DOS GRUPOS PROFISISONAIS

Os sindicatos e as ordens profissionais constituem mecanismos primordiais de regulamentação e controlo do exercício profissional. Definem e supervisionam o cumprimento dos códigos deontológicos e dos estatutos disciplinares, formalizam os conhecimentos e competência necessários para o exercício profissional e são os principais órgãos de defesa dos interesses dos grupos profissionais junto, nomeadamente, do Estado. Entre as várias funções das associações profissionais, Freidson (1998) destaca o seu poder negocial junto do Estado e, particularmente, do seu poder de regulação das condições de acesso e de exercício profissional.

Em Portugal, as principais associações de representação de médicos e enfermeiros são as respetivas ordens profissionais. Recordamos que a OE foi criada apenas em 1998 enquanto as origens da OM remontam a 1938. Por a primeira ser recente, tal traduz-se num menor poder negocial, aliado à posição da enfermagem no panorama da prestação de cuidados de saúde em Portugal. Numa revisão das intervenções e ações das referidas ordens, notamos um papel mais ativa da OM. A respeito, em concreto, do fenómeno de saída de um elevado número de médicos do SNS, o Bastonário da Ordem dos Médicos da altura manifestou amplamente o clima de mal-estar crescente entre os profissionais de saúde que representava, em consequência das alterações produzidas ao nível das condições de trabalho e de transição à aposentação. A mudança de paradigma de lógica médica para um essencialmente baseado na produtividade, resultou na desmotivação dos médicos e, assim, a sua saída do SNS por via da aposentação. Para o Bastonário, a alteração das condições de aposentação não foi o fator desencadeador deste mal-estar, ainda que para este muito tenha contribuído mas, na verdade, consistiu mais um fator de descontentamento já há muito sentido pelos médicos. A isto acrescentou que o trabalho no SNS tornou-se cada vez menos atrativo, o que se traduziu na opção pela aposentação, acompanhada, ou não, pela procura de alternativas no sector privado.

Atendendo ao papel das associações profissionais na regulamentação e defesa dos interesses profissionais de médicos e enfermeiros, e tendo por base o conjunto de transformações ao nível da transição à aposentação e às carreiras profissionais, questionámos os participantes no nosso estudo acerca da avaliação da defesa dos seus interesses profissionais, tanto de forma lata como, em concreto, pelos respetivos sindicatos e ordens profissionais. Os resultados são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 49. Avaliação geral da defesa dos interesses profissionais (%)

	Geral		Sindicatos		Ordem	
	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros	Médicos	Enfermeiros
Muito má	16,8	25,8	13,1	25,0	13,5	21,9
Má	52,9	48,4	56,9	54,7	54,5	53,1
Boa	27,7	25,8	28,8	20,3	29,5	23,4
Muito boa	2,6	---	1,3	---	2,6	1,6
Total	100,0	---	100,0	---	100,0	---
	(n=155)	(n=62)	(n=153)	(n=64)	(n=156)	(n=64)

Os resultados obtidos indicam que os participantes consideram que não existe uma defesa satisfatória dos seus interesses profissionais, seja numa perspetiva geral, seja pelos seus órgãos de representação. Cerca de metade dos participantes dos dois grupos profissionais consideraram que essa defesa é *má*

6.1.5. POSIÇÃO FACE À AÇÃO DO ESTADO PARA O PROLONGAMENTO TEMPORAL DA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Apresentámos aos inquiridos um conjunto de possíveis estratégias de ação do Estado relativas ao prolongamento temporal da atividade profissional. Os resultados são apresentados abaixo.

Quadro 50. Posição dos médicos face à ação do Estado

O governo deveria	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Aumentar a idade legal de reforma	19,6	51,0	27,5	2,0
Limitar o montante máximo das pensões	10,5	22,2	45,1	22,2
Fazer vigorar as regras de passagem à aposentação durante um período mais alargado de tempo	0,7	12,6	70,2	16,6
Criar medidas que protegessem os trabalhadores com mais de 55 anos	1,9	21,4	60,4	16,2
Apoiar as organizações com trabalhadores com mais de 55 anos	3,3	28,0	56,7	12,0
Apoiar regimes transitórios de passagem à reforma, como é o caso do emprego e aposentação a tempo parcial	3,9	16,9	61,0	18,2
Criar e apoiar medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados	3,3	9,2	57,5	30,1

Pedimos igualmente aos enfermeiros que indicassem o seu grau de concordância com os itens anteriores.

Quadro 51. Posição dos enfermeiros face à ação do Estado

O governo deveria	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Aumentar a idade legal de reforma	42,6	48,5	8,8	---
Limitar o montante máximo das pensões	15,9	21,7	37,7	24,6
Fazer vigorar as regras de passagem à aposentação durante um período mais alargado de tempo	4,4	14,7	67,6	13,2
Criar medidas que protegessem os trabalhadores com mais de 55 anos	---	4,3	56,5	39,1
Apoiar as organizações com trabalhadores com mais de 55 anos	2,9	8,7	62,3	26,1
Apoiar regimes transitórios de passagem à reforma, como é o caso do emprego e aposentação a tempo parcial	6,1	15,2	66,7	12,1
Criar e apoiar medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados	4,3	11,4	57,1	27,1

Comum a médicos e enfermeiros é a discordância precisamente com a principal medida seguida pelo Estado (51,0% vs. 48,5%): o aumento da idade da reforma que obriga necessariamente ao prolongamento temporal da atividade profissional. Esta opinião é particularmente notória entre os enfermeiros cuja quase totalidade afirmou discordar ou discordar totalmente desta medida. Entre os médicos, apesar de predominar uma posição contrária a este aumento do limite mínimo para a aposentação, existe uma percentagem significativa que afirmou concordar (27,5%). As resistências dos profissionais a este prolongamento, materializadas no recurso à aposentação antecipada como já antes apresentámos, colocam em causa a procura de um necessário equilíbrio entre o tempo de trabalho e o tempo de inatividade (Guillemard, 2003).

Os participantes no estudo foram ainda unânimes ao concordarem com a vigência por um período mais alargado de tempo das regras de passagem à aposentação. De facto, o período estipulado para a mudança nas regras de aposentação não permitiu a vários profissionais em idade próxima à mínima exigida para a aposentação antecipada ou não antecipada para usufruírem das condições antes vigentes, sendo obrigatoriamente forçados a passarem à aposentação no momento ou mais tarde, segundo regras distintas daquelas com que contavam anteriormente.

Os participantes afirmaram ainda concordar com a definição e aplicação de medidas por parte do Estado para a proteção dos trabalhadores com mais de 55 anos, opinião esta que pode ser entendida enquanto o reconhecimento pelos próprios da necessidade de medidas que atuem, nomeadamente, ao nível do combate à discriminação com base na idade e de outros aspetos que fragilizem a posição dos mais

velhos no mercado de trabalho. Mostraram-se, ainda, de acordo com o apoio do Estado às organizações com trabalhadores com 55 ou mais anos, o que revela a necessidade sentida de melhores condições ao nível do trabalho para os trabalhadores mais velhos que, de resto, é uma recomendação da UE-27.

Os médicos e enfermeiros inquiridos concordaram ainda com o apoio do Estado a regimes transitórios de passagem à reforma, como são exemplo o emprego e a aposentação a tempo parcial. A este respeito, recordamos que segundo o Eurostat (2012a), um quinto dos trabalhadores europeus com idade entre os 50 e os 64 anos trabalhava a tempo parcial no ano de 2010, o que revela que esta é não só uma possibilidade de transição mais suave para a aposentação como, ainda, é uma situação experienciada por uma parcela dos trabalhadores mais velhos na Europa. Para melhor explorarmos esta questão, pedimos aos participantes no estudo que se posicionassem quanto ao regime atual que possibilita aos médicos e enfermeiros aposentados a continuidade do exercício profissional no setor público. No caso dos médicos, foi maioritária a percentagem daqueles que afirmou concordar (42,0%), não obstante o facto de cerca de um quarto ter afirmado discordar ou discordar totalmente. Já entre os enfermeiros foi maioritária a percentagem daqueles que indicou precisamente estar contra este regime, opinião expressa pela percentagem de discordantes (37,7%). O trabalho a tempo parcial é entendido enquanto fundamental para uma transição gradual entre situações de passagem da atividade para a inatividade, sendo uma alternativa à tradicional passagem entre trabalho integral e reforma integral. Esta solução é uma forma de combate contra a lógica da universalização do direito às reformas e de uma separação estanque entre um tempo de trabalho remunerado e não remunerado (Guillemard, 2001).

Medidas que permitam aos trabalhadores que se reformam continuarem a trabalhar e receber, em simultâneo, com a pensão de reforma, os rendimentos do trabalho, constituem importantes ações recomendadas pela UE-27 não só para a promoção do emprego entre os mais velhos mas também de combate ao trabalho não declarado entre os pensionistas (Comissão Europeia, 2012a). Em Portugal, essa medida foi inclusivamente já testada com os médicos, ainda que em regime excecional, para fazer face ao elevado volume de profissionais que pediu a aposentação em consequência das recentes alterações às condições de passagem à mesma. Numa outra pergunta, questionámos diretamente os inquiridos acerca da sua opinião quanto à possibilidade de

auferirem uma pensão social parcial, tendo sido precisamente os médicos aqueles que mais afirmaram concordar com esta possibilidade (58,3%). No caso dos enfermeiros, a percentagem dos que mostraram idêntica posição é mais baixa (40,9%). Observamos portanto diferenças entre os dois grupos profissionais quanto a este regime, sendo sobretudo os enfermeiros aqueles que maior desacordo manifestaram.

No caso de saída do mercado de trabalho por aposentação, os profissionais inquiridos afirmaram concordar com a criação de medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados. Somando as percentagens daqueles que afirmaram concordar muito, alcançamos uma maioria muito expressiva dos profissionais dos dois grupos. Este facto vai precisamente ao encontro dos objetivos do paradigma de envelhecimento ativo e da participação social dos mais velhos sob múltiplas formas que vão para além da sua integração no mercado de trabalho.

A limitação do montante de pensões de aposentação foi a medida em que observámos uma maior distribuição pelas categorias de resposta, não obstante ser mais expressiva a concordância, tanto por médicos como por enfermeiros (45,1% vs. 37,7%). Ainda assim, percentagens muito aproximadas dos profissionais dos dois grupos (perto de um quarto) afirmaram tanto concordar totalmente como discordar desta medida. A existência de posicionamento tão divergentes revela o carácter controverso desta medida a qual pretende não só aliviar a pressão financeira sobre o Estado pelo pagamento de pensões mas, ainda, desincentivar a aposentação, sobretudo se antecipada. É, portanto, mais uma das medidas em que o Estado português mais suportou a sua estratégia de combate à saída dos mais velhos do mercado de trabalho.

Numa análise mais aprofundada do grau de concordância dos inquiridos com a ação do Estado utilizámos a técnica de análise de componentes principais. Desta resultaram quatro dimensões que explicaram 77,9% da variância total dos dados. Os valores alfa de Cronbach globais variaram entre de 0,60 e 0,61.

A primeira componente, *políticas de gestão da idade*, associou-se fortemente com o aumento da idade legal da reforma, a proteção dos trabalhadores com mais de 55 anos e o apoio a organizações com trabalhadores nessa faixa etária (itens 1, 4 e 5). A segunda componente, *políticas de reforma e envelhecimento ativo*, associou-se fortemente com aspetos relacionados com a transição entre períodos de trabalho e aposentação e com a participação social dos aposentados (itens 6 e 7). Finalmente a terceira, *políticas de limitação da transição para a reforma*, associou-se fortemente

com a limitação do montante máximo de pensões (item 3) e a quarta componente, *experiência como decisiva na prestação de cuidados de saúde*, com o alargamento do período de tempo das regras de passagem à aposentação (item 4).

Quadro 52. Análise de componentes principais com rotação varimax⁴¹ dos itens sobre a concordância com ação do governo no concerne às políticas globais de gestão das pensões¹

	PC1	PC2	PC3	PC4
1. O governo deveria aumentar a idade legal de reforma.	-,753			0,153
2. O governo deveria limitar o montante máximo das pensões.		0,122		
3. As regras de passagem para a aposentação deveriam vigorar durante um período mais alargado de tempo.			0,960	0,966
4. O governo deveria criar medidas que protegessem os trabalhadores com mais de 55 anos.	0,800	0,229		0,208
5. O governo deveria apoiar as organizações com trabalhadores com mais de 55 anos.	0,706	0,348	-,268	0,138
1. O governo deveria apoiar regimes transitórios de passagem à reforma, como é o caso do emprego e aposentação a tempo parcial.	0,228	0,819	0,209	
2. O governo deveria criar e apoiar medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados.		0,839	-,159	0,140
% de variância explicada	25,3	0,224	15,3	15,0
% de variância explicada cumulativa	25,3	0,476	62,9	77,9
Alfa de Cronbach	0,608	0,604	---	---

¹ Modelo invertido para após a análise de componentes principais.

Globalmente, os participantes no nosso estudo afirmaram concordar com as políticas globais do governo sobre a gestão das pensões, com exceção do aumento da idade legal da reforma. Estes resultados são semelhantes por grupo profissional e organização hospitalar, exceção feita ao nível das políticas de gestão da idade. Os enfermeiros concordam sobretudo com aspetos relacionados com a proteção aos trabalhadores mais velhos e ao apoio a organizações com trabalhadores com mais de 55 anos e discordaram, pelo contrário, em relação ao aumento da idade legal de reforma.

A análise da média e do desvio padrão de cada um das dimensões revela valores em torno da terceira posição, ou seja, da categoria concordo. Esta foi mais elevada entre os enfermeiros relativamente à dimensão *políticas de gestão da idade* (3,3). Verificou-se que não existiam diferenças entre organizações de saúde e a situação profissional em

⁴¹ Os procedimentos estatísticos realizados são apresentados no Capítulo I.

todas as dimensões, com exceção da dimensão *políticas de gestão da idade* onde se observaram diferenças entre grupos profissionais (3,3 vs. 2,9, $p<0,001$).

Quadro 53. Descrição das diferentes dimensões dos itens sobre a concordância com ação do governo no que concerne às políticas globais de gestão das pensões entre diferentes grupos.

	Total	Enfermeiros	Médicos		HSJ	HSA	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	P	Média (DP)	Média (DP)	P
Políticas de gestão da idade	3,0 (0,5)	3,3 (0,5)	2,9 (0,5)	<0,001	3,0 (0,5)	3,0 (0,6)	0,990
Políticas de reforma e envelhecimento ativo	3,0 (0,6)	2,9 (0,6)	3,0 (0,6)	0,368	3,0 (0,6)	3,1 (0,5)	0,251
Políticas de limitação da transição para a reforma	2,8 (0,9)	2,7 (1,1)	2,8 (0,91)	0,573	2,8 (0,9)	2,7 (0,9)	0,433
Experiência como decisiva na prestação de cuidados de saúde	3,0 (0,6)	2,9 (0,6)	3,0 (0,6)	0,169	3,0 (0,7)	3,0 (0,6)	1,000

A análise da associação entre as dimensões extraídas e a pretensão de aposentação no momento revelou que apenas a dimensão *políticas de gestão da idade* se mostrou associada (OR=1,80; C95%=(1,04;3,10)). Verificámos que a opinião dos inquiridos face às políticas globais do governo sobre a gestão das pensões não se relacionou com a tomada decisão para aposentação ou prolongamento da atividade profissional.

Quadro 54. Fatores associados com pretender a reforma agora¹

Sobre a ação do governo no que concerne às políticas globais de gestão das pensões		
Políticas de gestão da idade	1,80 (1,04;3,10)	1,20 (0,58;2,47)
Políticas de reforma e envelhecimento ativo	0,73 (0,45;1,18)	0,71 (0,38;1,33)
Políticas de limitação da transição para a reforma	1,18 (0,88;1,60)	1,37 (0,95;1,97)
Experiência como decisiva na prestação de cuidados de saúde	1,06 (0,66; 1,70)	1,24 (0,71; 2,16)

¹Modelo ajustado para todas as dimensões de cada escala, grupo profissional e hospital.

Além da adoção de medidas que obrigam necessariamente, ou incentivam, ao prolongamento da atividade profissional, tem sido preocupação da UE-27 recomendar estratégias de combate a obstáculos à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho, nomeadamente a fenómenos de discriminação no acesso e na manutenção no trabalho com base na idade (Comissão Europeia, 2011). Não obstante a relevância de outros aspetos, a Comissão Europeia assume que a principal barreira à permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho provém de atitudes de discriminação com base na sua idade, o que justifica o seu carácter determinante no

sucesso de qualquer estratégia de aumento das taxas de participação dos mais velhos no mercado de trabalho. Um estudo coordenado por Centeno (2007) demonstrou que uma parcela significativa dos trabalhadores mais velhos portugueses considerados indicou a existência de situações de discriminação dos trabalhadores mais novos face aos mais velhos. Ao nível das empresas, afirmaram que esta é sobretudo sentida no recrutamento.

Algumas leis anti-discriminação seguidas por países europeus consideram a possibilidade de discriminação positiva relativamente à idade, desde que através de meios apropriados e necessários. Estas leis e outras medidas têm procurado combater a visão de que um aumento da idade corresponde necessariamente a um declínio das capacidades físicas e cognitivas dos trabalhadores mais velhos, a par de maiores resistências a mudança e a adaptação a novos contextos, nomeadamente por introdução de inovações tecnológicas. De facto, todos os esforços no sentido do prolongamento temporal da atividade profissional dos mais velhos *“podem ser contra produtivos se as principais condições de melhoria da situação dos idosos no mercado de trabalho não são preenchidas (a luta contra a discriminação, o desemprego, a obsolescência de qualificações, etc.)* (Pollak, 2009, p. 7).

Não existem evidências empíricas de que a idade implica necessariamente desadequação, resistência à mudança e muito menos uma menor produtividade (Hardy, 2007). Mesmo os declínios físicos e psicológicos decorrentes da idade são variáveis na sua intensidade, modalidade e momento, podendo ser atenuados por via de mecanismos de compensação, como é exemplo a experiência que é um melhor predictor de desempenho profissional do que a idade. Estudos realizados por Fonseca (2012), Gautié (2005) e Centeno (2007) têm demonstrado precisamente que a experiência é um melhor predictor de desempenho do que a idade.

Pedimos então aos participantes se tinham conhecimento de situações de discriminação com base na idade, fosse positiva ou negativa, na sua organização hospitalar. Os resultados são apresentados no quadro abaixo e indicam que uma significativa maioria dos médicos e enfermeiros inquiridos consideraram não existir situações de discriminação na sua organização hospitalar. Aqueles que afirmaram que a existência de discriminação com base na idade totaliza cerca de um terço dos profissionais inquiridos em cada grupo. Entre estes, predomina a afirmação de situações de discriminação negativa com percentagens semelhantes entre médicos e enfermeiros (22,7% vs. 22,4%). A afirmação de discriminação positiva assume valores mais baixos.

Quadro 55. Existência de situações de discriminação com base na idade na organização hospitalar

	Médicos	Enfermeiros
Sim, discriminação positiva	10,4	7,5
Sim, discriminação negativa	22,7	22,4
Não	66,9	70,1
Total	100,0	100,0
	(n=154)	(n=67)

Uma análise dos exemplos de situações de discriminação referidos pelos inquiridos resulta na conclusão de que, ao nível da discriminação negativa, são sobretudo referidos casos de desvalorização: a) do desgaste físico e mental consequente do processo de envelhecimento, levando a que seja *“exigido o mesmo que aos mais jovens”* e a uma *“falta de consideração pelo desgaste do pessoal mais antigo”*; b) da experiência acumulada, traduzida num fraco reconhecimento profissional patente em *“observações feitas pelos jovens sobre a qualidade do trabalho exercido pelos mais velhos”*. Os médicos, em particular, referiram ainda o afastamento dos centros de decisão do hospital e das atividades mais desafiantes e dinâmicas, sendo pelo que *“profissionais com larga experiência são afastados para tarefas pouco gratificantes ou maçadoras”*. A este respeito, importa recordar que o principal obstáculo ao aumento da taxa de participação dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho é a discriminação em função da idade associado, por vezes, ao aumento do desemprego (Comissão Europeia, 2012a; Eurostat, 2012a).

No caso da discriminação positiva, os exemplos relacionam-se precisamente com os mesmos aspetos mas no sentido oposto, ou seja, por uma atenção ao impacto da idade sobre as condições físicas e psicológicas dos profissionais, sendo o exemplo mais referido a dispensa do trabalho noturno, bem como da sua experiência, a qual se reflete em situações que passam pela colocação dos profissionais mais velhos *“em equipas de grande responsabilidade como por exemplo nos transplantes”* e pela *“confiança nas opiniões dos experientes”* ainda que sejam dadas *“menos oportunidades de atualização aos mais experientes”*. Importa recordar que as leis anti-discriminação tendem a permitir discriminação positiva relativamente à idade caso os meios forem apropriados e necessários o que passa precisamente por privilégios ou incentivos especiais atendendo ao conteúdo do trabalho desenvolvido.

6.2. POLÍTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS PARA OS TRABALHADORES MAIS VELHOS

Como discutimos anteriormente, a experiência da velhice é determinada pelo curso de vida dos indivíduos mas, também, pela relação que estabelecem com o meio ambiente em que estão inseridos e no qual envelhecem. De outra forma, a posição face ao envelhecimento não pode ser dissociada das estruturas sociais e da posição ocupada pelo indivíduo. No caso do mercado de trabalho, esta situação traduz-se também na forma como as entidades empregadoras encaram o envelhecimento dos seus trabalhadores e como se posicionam face a este, nomeadamente através de políticas de recursos humanos não orientadas pela idade mas atentas a esta. De facto, a criação de contextos que estimulem os indivíduos é um importante instrumento de desenvolvimento no envelhecimento (Fonseca, 2012a). Apesar do envelhecimento acarretar um conjunto de mudanças inevitáveis do ponto de vista físico e psicológico, nomeadamente ao nível de uma maior fragilidade e dificuldades na tomada de decisão e da regulação, que são transpostas para o mundo do trabalho sobre a forma de representações de uma menor capacidade para o trabalho e menores competências, a verdade é que existe uma grande variabilidade na experiência do envelhecimento. Como discutimos no Capítulo II, os idosos não podem ser perspectivados como um grupo uniforme que partilha as mesmas debilidades, objetivos e expectativas. Pelo contrário, é um processo não linear e marcado por uma grande variabilidade de experiências individuais como, de resto, têm tentado demonstrar as perspetivas baseadas no curso de vida. Estas vieram frisar precisamente a existência de uma multiplicidade de fatores, nomeadamente relacionados com o contexto de trabalho, que impactam na experiência do envelhecimento e, associado, à disposição e desempenho dos indivíduos no trabalho.

Em contexto de trabalho deve-se então negar políticas uniformes que não atentem nas características dos trabalhadores mais velhos, nas suas expectativas, competências e conhecimentos individuais para o trabalho. Além disso, importa considerar que se o balanço no envelhecimento resulta da satisfação ao longo de todo o curso de vida, também ao nível do trabalho poderemos afirmar que a satisfação experienciada resulta do balanço feito de toda a trajetória profissional.

À luz da teoria da desvinculação, a rutura entre os mais velhos e o mercado de trabalho seria mutuamente benéfica. No caso concreto das entidades empregadoras, este afastamento iria permitir não só a renovação geracional dos seus trabalhadores através da substituição dos mais velhos pelos mais novos como, associado a isto, por uma renovação de conhecimentos e competências. Esta lógica tinha subjacente uma visão dos trabalhadores mais velhos como menos capazes, desatualizados e com menores recursos para o desempenho profissional. Ora como referimos anteriormente, o envelhecimento apesar de inevitável não é linear e não se faz sentir da mesma forma entre todos os indivíduos. Além disso, também notámos que a experiência é um mecanismo fundamental para a adaptação dos mais velhos a novos contextos organizacionais. Neste sentido, a rutura entre trabalhadores e as outras organizações empregadoras não pode ser hoje entidade como necessária ou funcional.

Às empresas cabe a tarefa de definir e implementar políticas que possibilitem a rentabilização da experiência profissional acumulada pelos mais velhos, a criação de ambientes que combatam a discriminação com base na idade que, como já referido, constituiu o principal motivo de saída dos mais velhos do mercado de trabalho e, ainda, que criem ambientes que estimulem a sua permanência em condições atentas às diferenças individuais na experiência do envelhecimento. Trata-se de considerar mais as referências funcionais do que as cronológicas (Guillemard, 2001).

Se continuarmos uma retrospectiva pelas abordagens sociológicas sobre o envelhecimento atentamos nos alertas do construtivismo social acerca da importância das representações sociais na manutenção de atitudes discriminatórias com base na idade que podem impossibilitar, nomeadamente, a partilha de experiências e conhecimento ao nível do trabalho dos mais velhos para os mais novos. O idadismo pode, de facto, constituir um entrave à partilha de recursos que os trabalhadores mais velhos dispõem em consequência da experiência profissional acumulada. Este facto não só implica que as empresas percam necessariamente recursos pela saída dos trabalhadores mais velhos que levam consigo o conhecimento como, ainda, atua no sentido do reforço das distâncias intergeracionais.

Além disso importa referir que, apesar das mudanças decorrentes do envelhecimento, existem evidências de que uma parcela significativa dos indivíduos tende a manter consistente a sua forma de pensar e as atividades que desenvolve. A continuidade é também encarada como mecanismo de adaptação a um novo contexto.

Posto, isto, será de esperar que as empresas atentem na organização da trajetória profissional dos indivíduos e que considerem as suas capacidades e competências e desempenho individual e não meramente a sua idade (Guillemard, 2003). Um estudo desenvolvido por Centeno (2007) junto de algumas empresas portuguesas acerca da visão sobre os seus trabalhadores mais velhos veio demonstrar que sobre estes recai a ideia de uma maior responsabilidade, equilíbrio, maturidade e experiência. As empresas mostraram valorizar mais a experiência dos mais velhos se ligadas a setores tradicionais, que apesar da neutralidade das políticas de recursos humanos em questões de idade, há uma tendência para a valorização do conhecimento adquirido por via da experiência profissional, que a idade é considerada em termos de políticas de promoções e salários sendo a antiguidade uma prática instituída e que está intrinsecamente relacionada com a contratação coletiva, não obstante a emergência de situações em que é mais valorizado o mérito ou a avaliação de desempenho, que os trabalhadores mais velhos são alvo de menos ações de formação, o que parece estar associada a dificuldades na sua mobilização para estas ações, a par do baixo retorno do investimento feito nas mesmas comparativamente a trabalhadores mais jovens, não obstante a existência de evidências acerca de fatores que contribuem para um maior retorno da formação junto de trabalhadores mais velhos.

Centeno e a sua equipa concluíram que a utilização da idade nas práticas de recursos humanos serve, essencialmente, para aprofundar barreiras e discriminações com base na mesma. Além disso, salientam os dados de nível macro que demonstram que os trabalhadores mais velhos são menos atrativos para as empresas, facto relacionado com as representações sociais negativas que recaem sobre estes, nomeadamente ao nível das suas habilitações e que são especialmente enformados por modelos de gestão conservadores. Ainda assim, consideram que os resultados obtidos indicam que a discriminação etária tem como consequência direta a desmotivação dos trabalhadores para prosseguirem a sua atividade profissional além de um limite socialmente tido como adequado e aceitável.

A necessidade de promover a permanência no trabalho dos indivíduos mais velhos tem sido reforçada pela UE-27 que tem mostrado a sua intenção de atuar também ao nível das organizações, no sentido de estimular não só a contratação de trabalhadores mais velhos mas, também, da criação de condições de trabalho adequadas à sua participação na força de trabalho ativa (Comissão Europeia, 2012a). O contexto no qual

os indivíduos estão inseridos, nomeadamente ao nível organizacional, influencia positiva ou negativamente a forma como estes experienciam o envelhecimento, podendo facilitar ou dificultar a sua permanência no mercado de trabalho. É, portanto, fundamental atuar junto das entidades empregadoras na procura da garantia de condições para que os trabalhadores mais velhos se mantenham ativos.

Num estudo realizado por Gautié (2005), concluiu-se que às entidades patronais estudadas importava mais a produtividade do que os custos de integração de novos trabalhadores, em substituição dos mais velhos já saídos; a existência de uma associação entre trabalhadores mais velhos e dificuldades acrescidas na adaptação a inovações técnicas e organizacionais, ainda que não esteja comprovada uma causalidade entre estes dois aspetos; a procura de trabalhadores com níveis mais elevados de qualificação o que, em vários casos, não se compadece com as habilitações dos mais velhos, situação tributária de uma diferente realidade social; a codificação de saberes tácitos, transmitidos por via de ações de formação, retira uma vantagem competitiva aos mais velhos que, antes, radicava na sua maior experiência profissional face aos mais novos; maior valorização de competências relacionais, as quais atribuem vantagem aos mais jovens tanto por terem um período de aprendizagem inferior ao das competências técnicas específicas, como pelo contexto de socialização dos primeiros onde é maior a valorização deste tipo de competências; uma maior valorização da experiência na base da estrutura hierárquica e menor no seu topo, ainda que os resultados obtidos apontem para uma complementaridade entre uma melhor competência técnica dos mais jovens e uma maior experiência dos mais velhos.

Neste sentido, questionámos os inquiridos acerca do seu posicionamento quanto ao estatuto dos trabalhadores mais velhos nas organizações hospitalares e às ações tomadas pelas mesmas. Foi-lhes pedido que indicassem o seu grau de concordância perante um conjunto diversificado de fatores, desde as características destes trabalhadores, aos efeitos do processo de envelhecimento sobre os mesmos, aos critérios e orientações a seguir pelas organizações nas suas políticas de recursos humanos. Os resultados obtidos junto dos médicos são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 56. Posição dos médicos face ao estatuto dos trabalhadores mais velhos dentro das organizações hospitalares (% em linha)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os trabalhadores mais velhos são mais leais às instituições.	4,5	31,4	46,8	17,3
Os trabalhadores mais velhos são mais resistentes à mudança.	0,6	19,7	68,2	11,5
A experiência é decisiva na prestação de cuidados de saúde.	---	4,5	56,4	39,1
No domínio da saúde é fundamental a existência de equipas heterogéneas em termos etários.	---	5,1	43,7	51,3
Os trabalhadores mais velhos devem ser os primeiros a ser dispensados num contexto de reestruturação organizacional.	23,6	67,5	7,0	1,9
As doenças ocupacionais têm uma maior prevalência entre os trabalhadores mais velhos.	4,6	42,5	43,1	9,8
Os trabalhadores mais velhos devem tendencialmente ocupar posições de orientação/ensino.	0,6	13,3	69,6	16,5
Os trabalhadores mais velhos têm um nível mais elevado de abstinência ao trabalho que os mais jovens.	26,1	65,0	6,4	2,5
A gestão das organizações hospitalares é discriminatória face aos trabalhadores mais velhos.	5,1	64,7	26,3	3,8

Pedimos também aos enfermeiros que indicassem o seu grau de concordância ou discordância em relação aos mesmos atributos. Os resultados são apresentados no quadro seguinte.

Quadro 57. Posição dos enfermeiros face ao estatuto dos trabalhadores mais velhos dentro das organizações hospitalares (% em linha)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os trabalhadores mais velhos são mais leais às instituições.	1,4	11,4	60,0	27,1
Os trabalhadores mais velhos são mais resistentes à mudança.	7,0	40,8	49,3	2,8
A experiência é decisiva na prestação de cuidados de saúde.	---	9,9	57,7	32,4
No domínio da saúde é fundamental a existência de equipas heterogéneas em termos etários.	1,4	8,6	57,1	32,9
Os trabalhadores mais velhos devem ser os primeiros a ser dispensados num contexto de reestruturação organizacional.	22,5	64,8	7,0	5,6
As doenças ocupacionais têm uma maior prevalência entre os trabalhadores mais velhos.	8,6	47,1	37,1	7,1
Os trabalhadores mais velhos devem tendencialmente ocupar posições de orientação/ensino.	1,4	39,4	53,5	5,6
Os trabalhadores mais velhos têm um nível mais elevado de abstinência ao trabalho que os mais jovens.	25,4	60,6	11,3	2,8
A gestão das organizações hospitalares é discriminatória face aos trabalhadores mais velhos.	7,0	62,0	28,2	2,8

Da análise dos resultados apresentados nos quadros anteriores observam-se importantes diferenças entre os dois grupos profissionais. Em primeiro lugar, são sobretudo os médicos aqueles que mais importância atribuíram à diversidade etária na constituição de equipas de trabalho em saúde, na medida em que cerca de metade afirmou concordar totalmente com este aspeto. Entre os enfermeiros, foi maioritária a percentagem daqueles que afirmaram apenas concordar. Os dois grupos diferenciam-se ainda relativamente à avaliação que fazem da lealdade dos trabalhadores mais velhos face à organização hospitalar. A este respeito, apesar de predominarem os profissionais que mostraram a sua concordância, foram os enfermeiros aqueles que manifestaram total concordância. Neste fator, 31,4% dos médicos revelaram discordar que a idade implique maior lealdade. Importa ainda destacar a maior percentagem de médicos que afirmou concordar totalmente com o facto dos trabalhadores mais velhos assumirem posições de orientação/ensino.

Os dois grupos profissionais mostraram ainda posições divergentes relativamente à capacidade de adaptação dos trabalhadores mais velhos à mudança: entre os enfermeiros, apesar de cerca de metade concordar com esta afirmação, uma elevada percentagem de 40,8% revelou discordar; entre os médicos, uma expressiva maioria de 68,2% afirmou concordar que, de facto, a idade significa uma maior resistência. Quando falamos em mudança, podemos aqui enquadrar, nomeadamente, a reação à introdução de novas tecnologias, formas de organização, procedimentos de trabalho, entre outros, facilmente condutores a situações de obsolescência de competências e conhecimento, fator que está na base da dificuldade de permanência dos trabalhadores mais velhos no mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2012a). Não obstante a necessidade, particularmente em medicina, de uma atualização mais frequente de conhecimentos e do desenvolvimento de competências técnicas, tal circunstância não permite, contudo, situar o objeto empírico do nosso estudo no mesmo patamar de outros profissionais com qualificações e exigência profissionais distintas. Ainda assim, podemos diferenciar graus de atualização de conhecimento conducentes a situações de fraco acompanhamento e adaptação à mudança.

Comum aos dois grupos profissionais foi a valorização da experiência na prestação de cuidados de saúde que, apesar de reunir a concordância da maioria dos participantes dos dois grupos, regista percentagens significativas no grau de concordância total entre médicos e enfermeiros. Estes foram ainda unânimes em mostrar

a sua discordância com políticas de recursos humanos orientadas para a consideração de que as doenças ocupacionais são mais comuns em trabalhadores mais velhos, de que trabalhadores mais velhos são mais abstinentes ao trabalho e de que a gestão das organizações hospitalares é discriminatória face aos trabalhadores mais velhos.

Os dados dos quadros anteriores comprovam ainda que os médicos e enfermeiros inquiridos não concordam com a dispensa dos trabalhadores mais velhos num contexto de reestruturação organizacional. Este dado é corroborado pelos resultados de uma outra pergunta acerca da opinião face à preservação ou dispensa destes trabalhadores em primeiro lugar, independentemente da sua situação. Em sintonia com as respostas anteriores, a grande maioria dos médicos e enfermeiros afirmou discordar que estes devem ser primeiramente dispensados.

O estudo realizado por Centeno (2007) havia já evidenciado a tendência entre os trabalhadores mais velhos para a oposição face à definição de limites etários para a contratação nas empresas, opinião sobretudo manifestada por aqueles com maior idade. Também uma maioria se mostrou discordante da dispensa de trabalhadores mais velhos pelas empresas num cenário de conjuntura difícil ainda que tenham sido os trabalhadores mais velhos, com mais de 55 anos, aqueles que mais concordaram com esta dispensa sob o argumento da necessidade de dar lugar aos mais jovens.

No nosso estudo optámos ainda por colocar aos participantes uma questão que remetia para a solidariedade intergeracional. Em concreto, perguntamos-lhes se concordavam que fossem os trabalhadores mais velhos a serem preservados em detrimento, naturalmente, dos mais novos. Uma maioria expressiva dos médicos (77,9%) e cerca de metade dos enfermeiros (54,5%) não concordou com esta afirmação. O processo de envelhecimento demográfico veio, de facto, alterar a lógica geracional existente até então segundo a qual os mais velhos dariam lugar aos mais novos (Mendes, 2005b). O aumento da idade da aposentação, especialmente, veio introduzir uma nova pressão para a continuidade da atividade profissional dos participantes neste estudo mas que, segundo os resultados obtidos, não se traduz numa opinião de preservação dos mesmos face aos restantes trabalhadores mais novos. De outra forma, não parece que estes considerem que a idade deva ser critério determinante para a dispensa de trabalhadores, seja dos mais velhos ou dos mais novos. Estes resultados vão de encontro ao novo contrato geracional defendido por Guillemard (2003) que, segundo

esta, permitirá mitigar os riscos das novas dinâmicas do mercado de trabalho que coloca o indivíduo no centro da questão, e não a sua idade.

Pedimos ainda aos participantes que indicassem o seu grau de concordância com duas medidas de gestão de recursos humanos, em concreto direcionadas para os trabalhadores mais velhos. Estas referiam-se à redução do horário de trabalho em função da idade acima de um determinado patamar e do exercício de funções a tempo parcial, cumulativamente com auferir uma pensão também parcial. Os resultados obtidos junto dos médicos são apresentados no quadro abaixo.

Quadro 58. Grau de concordância dos médicos com medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (% em linha)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Redução do horário de trabalho a partir de determinada idade	5,8	22,4	49,4	22,4
Possibilidade de auferir de uma pensão parcial cumulativa com uma remuneração de um trabalho a tempo parcial	7,4	25,7	48,0	18,9

Foi igualmente pedido aos enfermeiros que se posicionassem acerca das mesmas medidas, sendo os resultados apresentados no quadro seguinte.

Quadro 59. Grau de concordância dos enfermeiros com medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (% em linha)

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Redução do horário de trabalho a partir de determinada idade	5,8	29,0	47,8	17,4
Possibilidade de auferir de uma pensão parcial cumulativa com uma remuneração de um trabalho a tempo parcial	9,0	43,3	40,3	7,5

Além da ação dos Estados em prolongarem o tempo de atividade dos mais velhos, existem evidências da vontade dos mais velhos em prolongarem a sua atividade profissional, ainda que com características distintas do trabalho até então desenvolvido. Um estudo à escala mundial revelou que os trabalhadores mais velhos gostavam de ter um trabalho mais flexível no final da sua vida ativa, incluindo mudanças de carreira e mais trabalho a tempo parcial (Leeson, Harper, 2009). Também Fonseca (2012b) refere a importância de processos graduais de passagem à reforma quer permitam aos

indivíduos incorporarem progressivamente novas rotinas no seu modo de vida, preservando assim a sua identidade, objetivos e sentido de utilidade social. De facto, a modalidade de trabalho a tempo parcial revela-se essencial a uma transição gradual e com menores impactos entre a atividade e a inatividade. É, assim, uma alternativa à tradicional passagem entre trabalho integral e reforma integral e constitui uma oportunidade de intervenção ao nível das políticas de fomento do emprego dos indivíduos mais velhos (Comissão Europeia, 2012a).

Estes resultados correspondem aos indicados por programas como o *Growing Older* do Economic and Social Research Council e o *Transitions after 50* da Joseph Rowntree Foundation que evidenciam o desejo dos trabalhadores por processos de transição gradual entre trabalho e reforma. Resultados de um inquérito do Eurobarómetro (cit. por Eurostat, 2012c), conduzido entre setembro e outubro de 2011, indicaram que um terço da população da UE-27 com 15 ou mais anos de atividade admitiu gostar de continuar a trabalhar depois de atingir a idade da reforma. A percentagem de população de acordo com esta premissa subiu para 41% entre aqueles com 55 ou mais anos. Este facto remete-nos necessariamente para os objetivos do trabalho que estão além da sua dimensão económica. Uma atividade profissional e a inserção num contexto profissional têm efeitos subjetivos ao nível da identidade, a posição na estrutura social, o sentimento de realização pessoal, autoestima, autonomia e controlo, a manutenção de uma rede de sociabilidades, a existência de situações de interação social, o desenvolvimento de competências e conhecimentos, os usos do tempo, a participação na vida económica e social dos indivíduos. Os benefícios do trabalho passam não só pelo suporte emocional que proporciona mas também pelo desenvolvimento psicológico que lhe está inerente (Sonnenberg, 1997). Constitui, portanto, uma forma de integração e de participação social, pelo que devem ser consideradas todas as medidas para que estes?? possam participar ativamente, por exemplo, no mercado de trabalho.

Cerca de metade dos profissionais dos dois grupos mostraram-se concordantes com a redução do horário de trabalho a partir de uma dada idade. Esta concordância poderá ser explicada, em parte, pela existência de possibilidades de exercer a profissão num outro contexto organizacional. Assim a perda salarial, por passarem a tempo parcial, seria compensada. Uma análise mais fina revela, contudo, que esta medida é

mais bem acolhida sobretudo pelos médicos, os quais revelam uma ligeira maior concordância e, em simultâneo, menor discordância com esta medida. No caso do desempenho de uma atividade profissional a tempo parcial em simultâneo com o recebimento de uma pensão também parcial, a maioria dos médicos, 48,0%, afirmaram concordar com esta medida (aos quais se juntam 18,9% que indicaram concordância total), valor este que contrasta com 43,3% dos enfermeiros que, pelo contrário, se mostraram discordantes com esta coexistência de situações. Estes resultados indiciam, portanto, que são os médicos os profissionais que demonstraram maior receptividade às duas medidas apresentadas.

Num estudo realizado por Gautié (2005), ficou patente que algumas empresas apostam ativamente em medidas que contrariem a aposentação antecipada dos seus trabalhadores, optando por uma gestão baseada em competência e não em idades. Há, portanto, exemplos de casos de empresas que apostam na manutenção dos seus trabalhadores mais velhos, procurando otimizar a experiência acumulada, a qual funciona como melhor preditor de desempenho do que a idade, como já antes discutido.

Um dos aspetos pelos quais a UE-27 se tem debatido acerca da promoção da integração dos trabalhadores mais velhos prende-se com as questões da saúde a longo prazo. Neste sentido, têm sido adotadas medidas com vista à melhoria das condições de trabalho para que seja assegurado o bem-estar dos trabalhadores mais velhos. Também ao nível das organizações se observa uma maior atenção dedicada a políticas de gestão da idade.

6.3. RAZÕES DA OPÇÃO PELO PROLONGAMENTO TEMPORAL DA ATIVIDADE PROFISSIONAL OU PELA APOSENTAÇÃO

Começámos por explorar as razões que os participantes no estudo invocaram para a sua decisão de passagem, ou não, à aposentação. Seguimos a premissa de que é fundamental compreender os motivos subjacentes não só à saída precoce dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho, através da aposentação antecipada, mas também daqueles que o fazem na idade legalmente estipulada para tal.

Apresentaremos ainda a sua posição quanto às políticas seguidas pelo Estado com vista ao prolongamento da atividade profissional, bem como das medidas de recursos humanos para o segmento de trabalhadores mais velhos.

Numa análise global, dos 224 indivíduos participantes no nosso estudo, 36,6% afirmaram que pediriam no momento de aplicação do inquérito a aposentação e 63,4% afirmaram que prolongariam a sua trajetória profissional. Considerando o grupo profissional, observámos que enquanto a maioria dos médicos (78,1%) manifestou vontade de prolongar a sua atividade profissional, mesmo reunindo condições para a aposentação, a generalidade dos enfermeiros (69,6%) manifestou precisamente o posicionamento contrário, ou seja, o desejo de aposentação. É então compreensível que cerca de metade dos médicos (47,7%) tenha indicado que só se pretendia aposentar ao atingir a idade mínima para a reforma não antecipada, ou seja, os 65 anos. Dos profissionais deste grupo, 28,8% afirmaram mesmo que apenas se pretendiam aposentar aos 70 anos, isto é, no limite máximo permitido por lei para o exercício da atividade profissional. Entre os enfermeiros foi mais prevalente a intenção de saída do mercado de trabalho antes da idade mínima legal para a aposentação não antecipada, independentemente do tempo de serviço em 2011 (63 anos) num total de 73,5% destes profissionais. Contrariamente aos médicos, apenas uma minoria de 3,2% afirmou pretender trabalhar além dos 65 anos. Os dados recolhidos indicam, portanto, que são os enfermeiros aqueles que têm maior expectativa de término da sua atividade profissional por via da aposentação, mesmo que antecipada, enquanto os médicos manifestaram a vontade contrária de se manterem no ativo. O posicionamento dos enfermeiros vai ao encontro da tendência europeia entre os trabalhadores mais velhos que é a de opção pela aposentação antecipada (Romans, 2007). Além disso, coaduna-se com o observado por Centeno (2007) a respeito de um maior predomínio da opção pela aposentação antes dos 65 anos em indivíduos mais velhos e com menor escolarização.

A posição dos nossos inquiridos face à aposentação obriga-nos a considerar de novo a tipologia de trabalhadores mais velhos em Portugal apresentada por Fernandes (2007a). No primeiro grupo a autora incluiu indivíduos com baixas qualificações, baixos rendimentos, maior suscetibilidade a situações de desemprego, sobretudo de longa duração, constrangimentos estes dos quais resultava uma maior propensão para a reforma. Num segundo grupo enquadravam-se aqueles que possuem médias/altas qualificações, rendimentos mais elevados, taxas de participação no mercado de trabalho

mais alargadas e vontade de permanecerem durante mais tempo em atividade. De forma ampla podemos inserir os participantes no nosso estudo nesta segunda tipologia, não obstante o reconhecimento das diferenças ao nível do tipo e duração da sua formação, da sua participação no mercado de trabalho e do prestígio e reconhecimento social que lhes é atribuído. Contudo, estes diferem sobretudo em relação à continuidade ou não de uma atividade profissional chegando o momento de poder optar pela passagem, ou não, à aposentação.

Uma imagem mais completa do processo de transição à reforma dos participantes implica necessariamente o conhecimento dos motivos subjacentes à opção individual dos participantes. Seguimos, portanto, a premissa da importância do conhecimento das motivações para a reforma ou para o prolongamento da atividade profissional, considerando tanto condicionantes de nível macroestrutural com as motivações mais pessoais dos inquiridos (Guillemard; Jolivet, 2006). Com vista à prossecução deste objetivo, apresentámos aos inquiridos seis possíveis motivos para a sua opção, pedindo-lhes que indicassem aqueles que influenciaram a sua posição.

Globalmente, a principal razão indicada pelos participantes para a sua decisão de aposentação prende-se com as constantes transformações legislativas no que concerne ao acesso à mesma. Esta posição foi indicada por 81,7% dos participantes. Os que manifestaram posicionamento contrário ou seja, vontade de prolongarem a sua atividade profissional, indicaram a importância do exercício da atividade profissional, num total de 92,3% dos inquiridos. Ao nível da decisão pela aposentação, foi ainda atribuída responsabilidade às transformações ao nível da carreira profissional (64,6%) e ao desenvolvimento de projetos pessoais ou profissionais durante o período de aposentação (61,0%).

Quadro 60. Motivos pelos quais pediria, ou não, a aposentação no momento (% em linha)

	Não	Sim
Se sim		
Pelo exercício da atividade	76,8	23,2
Pelas constantes transformações legislativas no que concerne ao acesso à aposentação	18,3	81,7
Pelas transformações legislativas ocorridas ao nível da carreira	35,4	64,6
Pelas transformações ao nível da estrutura hospitalar em que se encontra inserido	53,7	46,3
Possibilidade de desenvolvimento de outros projetos pessoais ou profissionais	39,0	61,0
Se não		
Pelo exercício da atividade	7,7	92,3
Pela penalização	48,9	51,4
(Re) investimento recente na formação científica	59,2	40,8
Sentimento de valorização no seio da organização hospitalar	33,8	66,2
Recusa da situação de inatividade no seio da sociedade	33,1	66,9

A existência de posicionamentos distintos entre médicos e enfermeiros face à aposentação levou-nos a realizar uma análise mais fina das motivações dos inquiridos para a aposentação segundo o seu grupo profissional. Apresentamos abaixo os resultados obtidos.

Quadro 61. Motivos pelos quais pediria a aposentação (% em linha por grupo profissional)

	Médicos		Enfermeiros	
	Sim	Não	Sim	Não
Pelo exercício da atividade	16,7	83,3	37,8	62,2
Pelas constantes transformações legislativas no que concerne ao acesso à aposentação	88,2	11,8	86,4	13,6
Pelas transformações legislativas ocorridas ao nível da carreira	72,7	27,3	81,6	18,4
Pelas transformações ao nível da estrutura hospitalar em que se encontra inserido	62,5	37,5	48,6	51,4
Possibilidade de desenvolvimento de outros projetos pessoais ou profissionais após a aposentação	75,0	25,0	67,6	32,4

Do quadro anterior concluímos que as alterações no enquadramento legal da aposentação e das carreiras profissionais constituem os principais motivos inerentes à opção pela aposentação entre os profissionais inquiridos. Em concreto, as recentes alterações legislativas operadas ao nível do acesso à aposentação são a principal razão evocada pelos médicos e enfermeiros com intenção de aposentação no momento. Os inquiridos foram ainda unânimes ao referir a influência das transformações ao nível da carreira na sua decisão e da importância da aposentação enquanto período de desenvolvimento de outros projetos pessoais ou profissionais. Relativamente às

transformações ao nível da estrutura hospitalar, observámos tendências distintas entre os grupos profissionais. Os médicos afirmaram na sua maioria que a sua decisão de aposentação era também consequência destas alterações. Já entre os enfermeiros encontrámos um equilíbrio entre respostas. O gosto pela atividade profissional foi o item com menor relevância para a decisão dos profissionais. Para uma significativa maioria dos médicos e enfermeiros, sobretudo dos primeiros, a sua decisão pela aposentação em nada se relaciona com o tipo de atividade profissional que desenvolvem.

De seguida, apresentamos por grupo profissional os motivos evocados pelos participantes que afirmaram pretender continuar a exercer a sua atividade profissional.

Quadro 62. Motivos pelos quais não pediria a aposentação (% em linha por grupo profissional)

	Médicos		Enfermeiros	
	Sim	Não	Sim	Não
Pelo exercício da atividade	99,1	0,9	73,9	26,1
Pela penalização de rendimentos	56,9	43,1	77,3	22,7
(Re)investimento recente na formação científica	49,5	50,5	35,0	65,0
Sentimento de valorização no seio da organização hospitalar	77,3	22,7	55,0	45,0
Recusa da situação de inatividade no seio da sociedade	77,7	22,3	47,4	52,6

A quase totalidade dos médicos foi perentória ao afirmar que pretendia continuar a trabalhar pelo exercício da atividade (99,1%). Este motivo foi também referido por uma maioria significativa dos enfermeiros (73,9%). Nos restantes motivos observam-se diferenças assinaláveis entre grupos profissionais. Para os médicos, a continuidade da atividade profissional está em muito relacionada com a valorização que sentem na organização hospitalar em que trabalham (77,3%) e com uma recusa de inatividade no seio da sociedade (77,7%). Estes motivos são também indicados pelos enfermeiros mas com assinalável menor frequência. Pelo contrário, estes indicaram sobretudo a penalização nos rendimentos enquanto principal motivo para o prolongamento da atividade profissional (77,3%), motivo este apontado por pouco mais de metade dos médicos. A respeito da perda de rendimentos importa recordar que o baixo valor das pensões impele os indivíduos a prolongarem a sua trajetória profissional, o que é particularmente sentido em países onde estas prestações sociais são genericamente baixas, como é o caso de Portugal. Numa análise comparativa entre grupos profissionais, os maiores rendimentos auferidos pelos médicos ao longo da sua trajetória

profissional refletem-se também nas pensões de aposentação de reforma que auferem, as quais tendem a ser significativamente mais elevadas do que as dos enfermeiros. Por fim, o (re)investimento recente na formação científica foi o aspeto menos referido pelos profissionais dos dois grupos sendo, assim, o que menor importância teve para a sua decisão.

Importa referir que estes dados se coadunam com aqueles observados por Centeno (2007) no inquérito que realizou sobre atitudes e perceções face ao envelhecimento e ao trabalho. Dos resultados que obteve salientamos a associação entre um maior grau de habilitações e uma maior predisposição para a continuidade da atividade profissional, a qual observámos relativamente aos médicos, considerando a sua formação mais prolongada; a necessidade de rendimento enquanto motivação indicada pelos menos escolarizados face ao sentimento de utilidade e de ocupação do tempo disponível referido pelos mais escolarizados.

Dos quadros anteriores concluímos que os médicos e enfermeiros inquiridos partilham genericamente as mesmas razões no que concerne à decisão de aposentação. Em suma, sustentam esta sua decisão no conjunto diversificado de transformações operadas nos últimos anos ao nível do acesso à aposentação, às carreiras profissionais de medicina e de enfermagem e, ainda, ao nível da gestão da organização hospitalar. Este conjunto abarca, portanto, alterações macro estruturais com impactos no tempo de trabalho e de inatividade de todos os trabalhadores em consequência das políticas e orientações seguidas para o setor da saúde e que alteraram, nomeadamente, as condições de carreira dos dois grupos profissionais em estudo e, a um nível micro, pelas alterações operadas em concreto na organização hospitalar.

Já ao nível das razões para o prolongamento da atividade profissional são notórias as diferenças entre grupos profissionais. No caso dos médicos observou-se que o topo de atividade exercida, o reconhecimento e a valorização pela mesma e a recusa da inatividade são motivos centrais na sua decisão, relegando questões financeiras, nomeadamente, as quais são centrais para a decisão dos enfermeiros.

Aprofundámos a análise dos dados anteriores para identificarmos a existência de associação entre o desejo de aposentação, ou não, no momento e um conjunto de variáveis diferenciadoras dos inquiridos. Verificámos que o desejo de reforma se associou positivamente com o Hospital Geral de Santo António (OR=1,77, IC95%=(1,01;3,13)), com o sexo feminino (OR=1,94, IC95%=(1,12;3,37)) e com

tempo integral (OR=2,37, IC95%=(1,19;4,73)) comparado com a exclusividade. Pelo contrário, encontrámos uma associação negativa com a idade (OR=0,86, IC95%=(0,76; 0,97)), a posse de doutoramento (OR=0,19, IC95%=(0,07; 0,57)) a profissão médica (OR=0,12, IC95%=(0,06; 0,27)). Todavia, após ajuste, observámos que apenas o grupo profissional manteve uma associação negativa significativa (OR=0,12, IC95%=(0,06; 0,27)) e o Hospital Geral de Santo António uma associação positiva embora não significativa (OR=1,88, IC95%=(0,98; 3,61)). Estes resultados atestam, portanto, que o facto de os participantes serem médicos concorre de forma determinante para a sua decisão de prolongamento da atividade profissional.

Quadro 63. Variáveis associadas à vontade de aposentação

	N (%)	OR (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
Unidade de Saúde			
Hospital Geral de São João/ E.P.E.	47 (32,0)	1	1
Hospital Geral de Santo António/ E.P.E.	35 (45,5)	1,77 (1,01; 3,13)	1,88 (0,98; 3,61)
Sexo			
Masculino	35 (29,4)	1	1
Feminino	47 (44,8)	1,94 (1,12; 3,37)	0,79 (0,38; 1,62)
Idade		0,86 (0,76; 0,97)	0,93 (0,82; 1,07)
Habilitações literárias			
Bacharelato/ Licenciatura/ Mestrado	72 (40,0)	1	
Doutoramento	4 (11,4)	0,19 (0,07; 0,57)	---
Relação contratual			
Exclusividade	14 (23,7)	1	
Tempo integral	56 (42,4)	2,37 (1,19; 4,73)	
Tempo parcial/Tarefa	10 (33,3)	1,61 (0,61; 4,23)	---
Regime cumulativo			
Sim	39 (30,0)	1	1
Não	43 (45,7)	1,97 (1,13; 3,42)	0,98 (0,47; 2,08)
Grupo profissional			
Enfermeiro (a)	48 (69,6)	1	1
Médico (a)	34 (21,9)	0,12 (0,06; 0,23)	0,12 (0,06; 0,27)

Ajustámos um modelo final para todos os fatores que se associaram significativamente, ou que ficaram no limite da significância estatística, com a vontade de aposentação no momento, em contraposição com o pretender o prolongamento temporal da atividade profissional. Os resultados obtidos indicam que as principais determinantes são o grupo profissional (OR=0,10, IC95%=(0,05; 0,21)), a não

existência de situações de discriminação nem positiva nem negativa no local de trabalho (OR=0,23, IC95%=(0,08; 0,66)), a organização de saúde (OR=2,37, (1,17; 4,78)) e a organização e gestão da construção da carreira profissional (OR=0,57, IC95%=(0,31; 1,05)).

Quadro 64. Modelo ajustado para fatores associados com o desejo de aposentação

	OR ajustado (IC95%) ¹
Satisfação face ao seu emprego atual	
Organização e gestão da construção da carreira profissional	0,57 (0,31; 1,05)
Relações entre os profissionais: médicos e enfermeiros no hospital	0,62 (0,28;1,37)
Atributos sobre a sua profissão	
Ética profissional	0,50 (0,20; 1,27)
Existência de situações de discriminação positiva ou negativa face à idade na organização hospitalar	
Sim, discriminação positiva	Ref
Sim discriminação negativa	0,47 (0,14; 1,56)
Não	0,23 (0,08; 0,66)
Grupo Profissional	
Enfermeiro (a)	Ref
Médico (a)	0,10 (0,05; 0,21)
Unidade de Saúde	
Hospital Geral de São João/ E.P.E.	Ref
Hospital Geral de Santo António/ E.P.E.	2,37 (1,17; 4,78)

1) Ajustado para todas as variáveis da tabela

Os resultados anteriores permitem concluir que apesar de genericamente os participantes terem manifestado vontade de prolongar a sua atividade profissional, uma análise mais fina revela a existência de posições distintas em função de um conjunto de determinantes da decisão acerca da aposentação ou do prolongamento da vida ativa. Essas determinantes são o grupo profissional, a não existência de situações de discriminação, seja positiva ou negativa, no hospital, a organização de saúde e a organização e gestão da construção da carreira profissional. Regra geral, os enfermeiros optariam no momento pela aposentação enquanto os médicos prolongariam a sua atividade profissional. Os participantes que afirmaram não existirem situações de discriminação positiva ou negativa face à idade no hospital em que trabalham manifestaram um maior desejo de prolongar a sua atividade profissional. Os participantes que trabalham no HSA, E.P.E. manifestaram maior vontade de aposentação enquanto os afetos ao HSJ, E.P.E. optariam pelo prolongamento da

atividade. Por fim, a satisfação com a organização e gestão da construção da carreira profissional significa maior vontade de prolongamento da atividade profissional e, a insatisfação, o desejo de aposentação no momento.

A respeito da valorização do tempo de reforma enquanto momento de desenvolvimento de projetos pessoais ou profissionais, no seu estudo Fonseca (2011) observou precisamente que parte do desejo e da satisfação se devia a uma maior liberdade na gestão e uso do tempo e à possibilidade de concretização de projetos e interesses pessoais. A maior expressão deste desejo por parte dos médicos poderá ser explicada por um outro facto observado pelo autor: os indivíduos de classe social mais alta e, portanto, com capitais económicos e escolares mais elevados, como é o caso dos médicos que participaram neste estudo, parecem tender a manifestar um maior desejo de concretização de projetos e interesses pessoais específicos durante a aposentação, estejam ou não relacionados com a atividade profissional antes exercida. No caso concreto do desenvolvimento de atividades relacionadas com a sua atividade profissional, recordamos o interesse da UE-27 para os que os indivíduos se mantenham ativos mesmo depois da aposentação através nomeadamente do autoemprego (Flynn; McNair, 2009).

A partir dos dados que obtivemos podemos concluir pela existência de posicionamentos distintos dos profissionais de saúde relativamente à aposentação, os quais podem ser associados a um conjunto de variáveis de natureza de género, habilitações literárias, conteúdo do trabalho, autonomia profissional, de rendimentos, prestígio e reconhecimento social. Além disso, são divergentes as razões que os inquiridos indicam para optarem, ou não, pelo prolongamento da sua atividade profissional. Não obstante, é comum a referência ao impacto das transformações legislativas ao nível do Estatuto da Aposentação e das carreiras profissionais para a decisão de aposentação. Com base na informação recolhida e apresentada neste capítulo iremos, de seguida, responder às hipóteses de investigação que elegemos. Aí, apresentaremos o perfil dos trabalhadores que optaram ora pelo prolongamento da atividade profissional, ora pela aposentação.

6.4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos através dos inquéritos por questionário relativamente às políticas públicas de promoção do emprego entre os trabalhadores mais velhos. Relativamente à posição dos inquiridos face ao conjunto de medidas adotadas pelo Estado com vista ao prolongamento temporal da atividade e que passaram, em larga medida, pelo adiamento da idade de passagem à aposentação e pela alteração da fórmula de cálculo das pensões não reúnem a aceitação dos participantes neste estudo notamos que globalmente estes discordam das transformações legislativas operadas no estatuto da aposentação e, em concreto, do aumento da idade da reforma. Suportamos esta afirmação na discordância da maioria dos participantes face ao aumento da idade de aposentação. Consideramos ainda a relevância do inegável aumento do fluxo de saída do SNS após as alterações introduzidas, particularmente no que aos enfermeiros respeita.

Por outro lado verificamos ser atribuída grande importância a outras medidas de promoção do emprego entre os mais velhos avançadas nomeadamente pela UE-27 (Comissão Europeia, 2012a). Referimo-nos à significativa aceitação por parte dos participantes relativamente ao trabalho a tempo parcial. Este facto coaduna-se com as perspetivas atuais relativas às vantagens de regimes graduais? de transição gradual? entre trabalho e aposentação e de estratégias de gestão etária, que possibilitam uma paulatina adaptação à condição de aposentado, mitigando efeitos desta passagem tanto ao nível psicológico, pela alteração do estilo de vida, das redes de sociabilidade e pela adoção de novas rotinas, como permitem que os indivíduos continuem a ser contribuintes assegurando, em simultâneo, rendimentos provenientes do trabalho com efeitos numa maior segurança económica. Do ponto de vista teórico, esta transição gradual é ainda sobremaneira importante por ser exemplo da recusa de fronteiras estanques entre fases da vida, da aceitação da subjetividade do envelhecimento e da experiência, física e psicológica, do mesmo (Fonseca, 2012a; Guillemard, 2010).

Encontramos ainda evidências da valorização do trabalho com profissionais mais jovens atendendo à relevância atribuída à composição de equipas multietárias. Este aspeto é reforçado pela opinião de que os trabalhadores mais velhos devem ser mantidos

nas organizações, acompanhados por estratégias de adaptação do trabalho à sua condição, variável entre indivíduos. Podemos relacionar este aspecto com a valorização da experiência profissional acumulada e com a transmissão de conhecimentos entre gerações, nomeadamente do conhecimento adquirido ao longo do tempo pelos mais velhos aos mais novos e pela realização de atividades de consultadoria, bem como dos mais jovens para os mais velhos, nomeadamente no que aos desenvolvimentos tecnológicos e técnicos mais recentes diz respeito.

No que concerne às razões subjacentes à decisão de prolongamento temporal da atividade ou de aposentação, sintetizámos os aspetos que maior associação demonstraram no quadro abaixo.

Quadro 65. Características dos participantes que optariam no momento pelo prolongamento temporal da atividade profissional ou pela aposentação

Prolongamento da atividade profissional
- Grupo profissional - <i>médicos</i>
- Organização de saúde - <i>exercício de funções no HSJ</i>
- Elevada satisfação com a <i>organização e gestão da construção da carreira profissional</i>
- Elevada satisfação com as <i>relações profissionais</i>
- Elevada importância atribuída à <i>ética profissional</i>
- Inexistência de situações de <i>discriminação com base na idade, seja positiva ou negativa</i>
- Valorização do <i>exercício da atividade</i>
- Sentimento de <i>valorização no seio da organização hospitalar</i>
- Recusa da situação de <i>inatividade no seio da sociedade</i>
Aposentação
- Grupo profissional - <i>enfermeiros</i>
- Organização de saúde - <i>exercício de funções no HSA</i>
- Opinião desfavorável face às <i>constantes transformações legislativas nas condições de aposentação</i>
- Opinião desfavorável face às <i>transformações legislativas ocorridas ao nível da carreira profissional</i>

Verificámos que o grupo profissional é, primeiramente, uma variável distintiva da posição dos participantes. Os médicos manifestaram de forma mais expressiva a intenção de prolongamento temporal da atividade profissional e os enfermeiros a de aposentação. Encontrámos ainda evidências de que a organização de saúde de exercício de funções? está associada à posição assumida pelos participantes. As restantes motivações ao prolongamento da prática profissional não podem ser dissociadas das

próprias características da prática médica. Referimo-nos, em concreto, a níveis mais elevados de satisfação sobretudo com a dimensão de *organização e gestão da construção da carreira profissional* e com *as relações profissionais* estabelecidas. Mais será de referir a importância atribuída à *ética profissional*, muito associada às próprias características da medicina. Mais notamos que o *exercício da atividade* e a *valorização no seio da organização hospitalar* são aspetos chave na opção pelo prolongamento temporal, os quais devem ser enquadrados no prestígio e reconhecimento social que recai sobre a prática médica, aliado a uma auto e hetero representação da importância social do exercício da medicina. Não diretamente associado a um grupo profissional está a importância atribuída à inexistência de situações de discriminação, seja positiva ou negativa, enquanto fator preponderante para a continuidade do exercício profissional.

Já a intenção de aposentação, sobretudo verificada entre os enfermeiros, não deixando de poder ser relacionada com algumas características da prática de enfermagem, está associada fundamentalmente às alterações produzidas ora no enquadramento legal da transição à aposentação, ora nas transformações ao nível da carreira. Verificamos, portanto, que a intenção dos participantes em optarem pela aposentação se prende em larga medida precisamente com as principais medidas seguida pelo Estado para o prolongamento da atividade profissional.

Reconhecemos que o aumento da esperança média de vida e a difícil sustentabilidade dos sistemas de proteção social, consequente em larga medida do aumento dos encargos com o pagamento de pensões por velhice e da prestação de cuidados de saúde aos mais velhos, aliado a um cenário de diminuição gradual da população ativa resultante da diminuição da fecundidade, implica na atualidade um necessário prolongamento temporal do período de atividade profissional dos indivíduos. Pretende-se, simultaneamente, estender a carreira contributiva dos indivíduos e diminuir o período de inatividade e usufruto da condição de aposentação.

Apesar, e não obstante a importância económica do prolongamento temporal da atividade profissional, consideramos que o incentivo à participação dos mais velhos no mercado de trabalho, nomeadamente após a idade legal de aposentação, deve também estar alicerçado na importância social e individual atribuída ao trabalho enquanto elemento estruturante da organização das estruturas sociais, bem como da identidade, das práticas e das auto e hetero representações dos indivíduos. Entendemos ser

fundamental atentar na pluralidade de significados atribuídos ao trabalho e dos quais decorrem diferentes posicionamentos face ao mesmo que justificam, em larga medida, a opção pelo prolongamento temporal, ou não, da atividade profissional.

A respeito da valorização atribuída ao trabalho importa atentar num dos aspetos amplamente analisados pela Sociologia enquanto determinante da mesma e que decorre da posição ocupada pelos indivíduos face ao trabalho. No caso dos profissionais em estudo, as diferentes posições ocupadas por médicos e enfermeiros na divisão do trabalho em saúde, as tarefas desenvolvidas, os diferentes níveis de autonomia e as relações daí estabelecidas, a par de diferentes níveis de prestígio e valorização social, justificarão em parte a perceção dos mesmos face ao trabalho desenvolvido e aos diferentes posicionamentos face ao prolongamento temporal da atividade.

A valorização social atribuída aos médicos, num quadro de vantagens mais alargadas que estes retiram do trabalho e que também se associam aos elementos materiais, são por nós entendidos como favoráveis a visão mais positiva e vantajosa do exercício profissional e que, portanto, lhes permite retirar uma maior satisfação e maiores recompensas do mesmo, o que também justificará uma maior predisposição para a continuidade do exercício profissional. Por outro lado, as especificidades do trabalho de enfermagem, nomeadamente pela parca distância mantida entre enfermeiros e pacientes propiciadora de um contacto mais próximo, traduz-se num menor prestígio e valorização sociais, aliados a menores recompensas materiais retiradas do trabalho. Em conjunto, estes aspetos poderão justificar uma maior predisposição para a aposentação. Ainda que com intensidade distinta daquela verificada anteriormente, a verdade é que ainda hoje o trabalho intelectual é mais associado à razão e ao conhecimento e, portanto, à prática médica tanto pela sua duração da formação para acesso e exercício da profissão como pela atualização científica constante, continua a ser mais valorizado socialmente.

Como evidenciam os resultados obtidos nesta investigação, aspetos como a satisfação com o trabalho e a valorização percionada em relação à atividade desenvolvida revelam-se centrais na opção pelo prolongamento da atividade profissional. Além disso, é de notar a importância atribuída à recusa da inatividade no seio da sociedade o que evidencia que não só os inquiridos reconhecem elevada importância à sua atividade para a sociedade como se poderá concluir que percecionam o reconhecimento social que sobre a mesma recai. Estes aspetos sustentam a nossa posição face à importância individual da continuidade do exercício profissional desde

que salvaguardadas condições adequadas ao desenvolvimento da mesma e que considerem, nomeadamente, a subjetividade da vivência do envelhecimento e das suas manifestações ao nível físico e psicológico.

Entendemos, então, que o prolongamento da atividade profissional pode operar enquanto estratégia de manutenção da estruturação da vida dos indivíduos com base no trabalho. Não negamos, contudo, que a perceção face a este depende sempre das circunstâncias em que o mesmo é desenvolvido. Reconhecemos, então, que diferentes experiências na trajetória profissional, posições face ao trabalho desenvolvido e experiências do próprio envelhecimento devem ser consideradas ao nível da opção, ou não, pelo prolongamento temporal da atividade profissional

Consideramos ser igualmente indispensável a reflexão sobre a relação entre idade e tempo face à tomada de decisão. Se aos vinte anos nos permitimos tomar decisões porque consideramos que ainda temos muito tempo à nossa frente para realizar algo, aos sessenta, atualmente, desde que as condições físicas o permitam, existe ainda a perceção de muito tempo para continuar e investir em realizações pessoais e profissionais. Contudo, a opção pelo prolongamento da atividade exige quer das organizações quer dos indivíduos uma mudança na forma de perspectivar as representações sobre a idade, o tempo e sobre a gestão desta relação face à continuidade da trajectória da vida profissional numa atitude de adaptação integrada e possível no momento presente.

A possibilidade da flexibilidade de tempos de trabalho no desempenho de outras tarefas igualmente tributárias de dignidade e prestígio, conquistadas durante a trajectória profissional no seio dos seus saberes aliada à pratica de atividades que ao longo da vida integraram a ocupação dos tempos de não trabalho profissional, pode traduzir-se no caminho da harmonia e equilíbrio tanto da sustentabilidade dos sistemas de proteção social, como das hierarquias organizacionais e sobretudo da continuidade da participação dos indivíduos que configuram, inevitavelmente, as sociedades atuais de pessoas mais velhas.

CONCLUSÕES E PISTAS DE INTERVENÇÃO

A adoção de uma perspectiva teórica eminentemente sociológica permitiu-nos analisar o envelhecimento como uma construção social enformada por um tempo e um espaço concretos. Nesse sentido, analisámos o envelhecimento atendendo às causas e aos efeitos que, na atualidade, justificam a premência da sua análise.

Em concreto, verificámos que os seus efeitos ao nível da alteração das dinâmicas do mercado de trabalho, fruto de uma diminuição da população ativa e do aumento da inativa, sobretudo por velhice, implicam necessariamente novas políticas de emprego vocacionadas não só para o prolongamento temporal da atividade profissional mas, também, para as condições em que o mesmo é exigido ou incentivado. Mais notámos que as atuais difíceis condições económicas de vários Estados, nomeadamente Portugal, com implicações numa cada vez mais difícil sustentabilidade financeira e, em específico, dos sistemas de proteção social, mais sobrecarregados pelo pagamento de pensões aos mais velhos e à prestação de cuidados de saúde, exigem necessariamente que seja reconsiderado o papel dos mais velhos enquanto agentes potencialmente ativos.

Do ponto de vista da análise teórica do envelhecimento, salientamos que, apesar da tradicional visão sobre o mesmo enquanto problema social decorrente da debilidade física e psicológica dos indivíduos, consequente do aumento da sua idade, e da sua associação à improdutividade e inutilidade, essa perspectiva tem sido gradualmente substituída por a do envelhecimento enquanto oportunidade de desenvolvimento. Persistem, contudo, preconceitos e representações negativas sobre o envelhecimento e, em específico, face à capacidade dos mais velhos para o trabalho, tanto ao nível dos conhecimentos como das competências que possuem face àquelas que são exigidas num mercado de trabalho cada vez mais competitivo onde a posse de tais atributos pode revelar-se determinante para a manutenção e o sucesso do exercício de uma atividade profissional, particularmente em setores marcados pelo dinamismo e o permanente desenvolvimento e inovação, como é o caso da saúde.

Face à dimensão biológica irreversível do envelhecimento não negamos que perto da idade legalmente definida para a aposentação sejam mais notórias eventuais debilidades físicas e psicológicas. Porém, ao abrigo da subjetividade do processo de envelhecimento, também nós partilhamos a perspectiva das abordagens ao curso de vida que salientam a extrema importância de ser atendido todo o trajeto de vida dos indivíduos para a forma como estes experienciem a velhice em todas as suas dimensões

e, em concreto, na sua posição face ao mercado de trabalho. Concomitantemente com estas abordagens, partilhamos a perspetiva de rejeição de uma visão segmentada do percurso de vida em prol de uma lógica de continuidade entre os diversos momentos, bem como ao abrigo do paradigma do envelhecimento ativo na sua dimensão de promoção da participação social dos indivíduos e à sua ligação com o mercado de trabalho. A melhoria proporcionada pelo desenvolvimento da ciência para o aumento do tempo de vida dos indivíduos e para o seu maior bem-estar permite hoje, de facto, que os indivíduos acima dos 65 anos possam reunir capacidades aos mais variados níveis para o exercício de uma profissão.

Além disso, consideramos que eles próprios podem estar interessados no prolongamento da sua vida ativa. Atendemos, também, à insustentabilidade dos atuais sistemas de proteção social, particularmente do português, reconhecendo o peso do pagamento de prestações de aposentação e a prestação de cuidados de saúde a um número tendencialmente maior de idosos.

Não negamos, contudo, as especificidades do nosso objeto de estudo face à composição da maioria dos trabalhadores portugueses em igual intervalo etário.

Reconhecemos que os médicos e enfermeiros, particularmente os primeiros, possuem elevadas qualificações, gozam de uma maior estabilidade financeira decorrente de salários elevados e sobre estes recai ainda um elevado prestígio social.

Admitimos que, em conjunto, estes aspetos enformam a sua perspetiva face ao prolongamento da atividade profissional.

Concluimos que os nossos inquiridos refletem ou inserem-se em três grandes tendências tributárias de representações sociais sobre a associação entre a mulher e a prestação de cuidados de saúde e das orientações políticas face ao setor da saúde. Não obstante ser notório que, mais recentemente, há uma inversão da associação entre a prestação de cuidados de saúde e o sexo feminino, verificada essencialmente entre o grupo profissional de médicos. Entre os enfermeiros mantém-se um forte processo de feminização. Verificamos, ainda, a manutenção de uma orientação hospitalocêntrica que coloca o hospital no centro do SNS e, por isso, a este afeta a parcela mais elevada de profissionais de saúde, não obstante reconhecermos os esforços feitos nos últimos anos para a valorização da rede de cuidados primários.

Na procura das razões pelas quais médicos e enfermeiros optam ora pelo prolongamento temporal da vida ativa, ora pela aposentação, notámos que o grupo profissional é determinante da intenção dos indivíduos.

Associado a este está um conjunto alargado de aspetos relacionados com a profissão exercida e que influenciam a forma como os participantes perspetivam o trabalho e a aposentação. Observamos desde logo que os médicos, na sua maioria do sexo masculino, possuem não só qualificações mais elevadas como estas foram adquiridas antes do exercício profissional, contrariamente ao observado entre os enfermeiros que, em resultado das transformações ao enquadramento da prática de enfermagem, regressaram recentemente às instituições de ensino superior para obterem o seu diploma.

Também é notório que os médicos são oriundos de famílias cujo capital escolar e social, e associado, ao económico, é mais elevado, o que reflete a tendência por um mais fácil acesso ao curso de medicina por indivíduos pertencentes a classes sociais mais elevadas.

Ao nível da valorização atribuída entre grupos profissionais, verificámos que apesar de globalmente os dois grupos fazerem uma avaliação positiva da importância mutuamente atribuída, esta é mais expressiva entre os médicos face aos enfermeiros. Particularmente, os médicos atribuírem maior importância ao conhecimento e à experiência adquiridos pelos enfermeiros.

Relativamente a eventuais debilidades decorrentes da idade, os participantes consideram que aqueles relativos à comunicação, história do doente e proximidade com este não são afetados positiva ou negativamente com a idade. Não obstante, as mulheres apresentaram uma opinião mais positiva por considerarem que o conjunto de características consideradas são mais preservadas. A idade dos participantes não se revelou determinante neste aspeto. O atributo que os participantes consideraram ser mais comprometido com a idade foi o conhecimento técnico-científico, opinião particularmente veiculada entre os médicos a respeito da relação entre debilidades físicas e psicológicas da idade e intenção face ao prolongamento temporal da atividade profissional, notamos não existir uma associação.

Quanto às transformações operadas ao nível da gestão hospitalar nos últimos dez anos, os participantes fizeram uma avaliação genericamente positiva. Esta foi particularmente notória entre os profissionais do HSJ. Os enfermeiros manifestaram mais frequentemente a opinião de que as medidas adotadas eram necessárias, mais do que assumirem um carácter positivo ou negativo. Não encontramos associação entre a avaliação destas transformações e a posição face ao prolongamento temporal da atividade profissional.

Já no que diz respeito às políticas globais do governo sobre a gestão das pensões, os participantes mostraram-se concordantes com todas as medidas, com exceção do aumento da idade legal da reforma. Os enfermeiros mostraram-se particularmente concordantes com os aspetos relativos à proteção e apoio às organizações com trabalhadores com mais de 55 anos e discordam mais em relação ao aumento da idade legal de reforma. Não encontramos relação entre a opinião dos participantes face a estas políticas e a sua intenção de prolongamento, ou não, da atividade.

No que se refere à existência de situações de discriminação com base na idade, seja positiva ou negativa, os participantes afirmaram na sua maioria que as mesmas não existem, o que se revela um ponto favorável em termos de prolongamento da vida ativa, uma vez que a existência de situações de idadeísmo é apontada como a principal causa de saída dos trabalhadores mais velhos do mercado de trabalho (Comissão Europeia, 2012a).

Encontramos elevados níveis de satisfação entre os dois grupos profissionais face à generalidade dos aspetos considerados. Em particular, os inquiridos revelaram-se mais satisfeitos com as relações profissionais estabelecidas e menos com a organização e gestão da construção da carreira profissional. Apenas em relação à satisfação com as condições de trabalho se observaram diferenças entre grupos profissionais, estando os enfermeiros mais satisfeitos. Mais verificámos que os participantes atribuem bastante importância aos itens relacionados com a identidade da prática profissional. A este respeito, na sua globalidade os médicos demonstraram particularmente níveis mais elevados de satisfação.

Articulando particularmente as recomendações da UE-27 (Comissão Europeia, 2007, 2011, 2012a) e os trabalhos realizados no âmbito do prolongamento da atividade profissional a nível internacional (Guillemard, 2010; Moreira et al; 2012) e aos resultados alcançados pela investigação que desenvolvemos, apresentamos abaixo os aspetos mais determinantes para o prolongamento temporal da atividade profissional:

- *Satisfação profissional:* verificámos que uma maior satisfação com, em concreto, a organização e gestão da construção da carreira profissional e com relações profissionais estão associadas a uma maior intenção de prolongamento temporal da atividade profissional. A avaliação da satisfação profissional deverá ser sempre considerada à luz de todo o percurso profissional dos indivíduos e não apenas nos aspetos relativos à sua velhice;

- *Exercício profissional*: quanto maior é a importância atribuída, em específico, à ética profissional maior é a intenção de prolongamento temporal da atividade profissional. Esta valorização remete-nos necessariamente para aspetos muito concretos da prática médica e de enfermagem e que se tornam muito distintas face às demais, demonstrando que a essência da atividade profissional influencia a opção face ao prolongamento temporal da atividade;
- *Idadismo*: a discriminação negativa com base na idade é apontada como sendo a principal determinante do não prolongamento da atividade profissional. Verificamos que quanto menor é a opinião de que existem situações de discriminação negativa, maior é a intenção de prolongamento temporal da atividade;
- *Transformações legislativas no que concerne ao acesso à aposentação*: o conjunto de alterações que dificultam o acesso à aposentação, e que radicam em larga medida no adiamento da idade de passagem à mesma e em maiores penalizações financeiras, impelem os indivíduos à aposentação enquanto estratégia de evitamento de medidas mais gravosas. Assim, tais medidas surtem efeitos apenas a longo prazo, existindo sempre a possibilidade dos indivíduos optarem por estratégias de aposentação antecipada.
- Pelo estudo que desenvolvemos observámos uma associação negativa entre a intenção de prolongamento da atividade profissional e a idade, a posse de doutoramento e o ser médico, não obstante apenas o grupo profissional se ter revelado efetivamente determinante.

Por outro lado, relativamente aos motivos pelos quais os indivíduos optam pela aposentação observamos que é mais frequente esta intenção entre profissionais do HSA, entre mulheres e entre aqueles que exercem funções a tempo integral o que, atendendo ao processo de feminização entre os médicos e a sua manutenção entre os enfermeiros, bem como ao peso daqueles que exercem funções a tempo integral nas duas organizações, se poderá traduzir em dificuldades acrescidas no futuro.

É amplo o conjunto de medidas que a UE-27 e os Estados-Membros têm encetado para a promoção do emprego entre os indivíduos mais velhos enquanto

estratégia de resposta ao envelhecimento demográfico, à insustentabilidade dos sistemas de proteção social e às novas dinâmicas do mercado de trabalho. Notamos que no caso português as principais medidas adotadas para este efeito têm-se centrado na alteração do enquadramento legal da passagem à aposentação. Em concreto, nos últimos anos têm sido operadas várias mudanças com vista ao adiamento da idade da aposentação e à alteração da fórmula de cálculo das pensões no sentido da sua redução.

A consequência direta destas medidas tomou forma num aumento muito significativo número de profissionais que solicitaram a aposentação antecipada, na grande maioria, como estratégia de evitar futuramente medidas mais gravosas.

Entre os trabalhadores atualmente mais velhos estas medidas não têm necessariamente promovido o prolongamento temporal da atividade profissional mas, pelo contrário, têm incentivado a sua saída antecipada do mercado de trabalho enquanto estratégia de evitar ora o enquadramento nas novas medidas ou outras mais gravosas que possam ser aplicadas num futuro próximo. A alteração nas regras de passagem à aposentação revela-se, então, insuficiente enquanto medida de promoção do prolongamento temporal da vida ativa a curto prazo uma vez que, como indicam os dados, a curto prazo opera no sentido contrário do recurso à aposentação. Mesmo a longo prazo, será de considerar a possibilidade dos indivíduos optarem pela aposentação antecipada, sobretudo entre profissionais a quem mais facilmente é possível o exercício de uma atividade profissional após a aposentação e que usufruem de rendimentos elevados, como é o caso particular dos médicos.

Torna-se então fundamental a adoção de outras medidas que promovam o prolongamento temporal da atividade profissional dos indivíduos mais velhos no imediato, enquanto resposta ao aumento dos encargos com a proteção social aos mais velhos, e que, no presente e no futuro, assegure condições adequadas à continuidade do exercício profissional dos indivíduos assegurando, em concreto, a sua satisfação profissional e a sua produtividade. São estas:

- *combate à discriminação negativa com base na idade.* A nível europeu este aspeto constitui o principal motivo pelo qual os trabalhadores mais velhos findam a sua atividade profissional. O idadismo está profundamente associado a uma perspetiva linear do processo de envelhecimento enquanto reta final da vida associado a uma inevitável degradação física e psicológica. É, por isso, tributário de perspetivas do envelhecimento enquanto um problema social face à suposta incapacidade dos mais velhos, entendidos enquanto meros consumidores de recursos. Recordamos, em

concreto, a teoria da desvinculação defensora de um necessário e vantajoso afastamento entre idoso e sociedade em nome de um saudável funcionamento da primeira, sobretudo. O avanço da medicina, particularmente, permitiu que gradualmente os indivíduos vivessem mais anos, sendo exemplo disso o contínuo aumento da esperança média de vida, com um maior bem-estar físico e psicológico, o que veio contrariar a perspectiva de necessário declínio dos indivíduos em consequência do aumento da sua idade.

- *adoção de regimes de trabalho a tempo parcial*. Não obstante os referidos avanços científicos indutores de uma maior qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos mais velhos, é inegável que o processo de envelhecimento é um fenómeno biológico irreversível e que, gradualmente, causa a falência dos tecidos e órgãos dos indivíduos, aumentando a cada dia a sua probabilidade de morte. Não será então de negar a importância da adaptação da atividade profissional exercida a eventuais debilidades físicas psicológicas dos indivíduos que atuem não no sentido da sua diminuição enquanto trabalhadores e indivíduos mas, pelo contrário, que reconheçam eventuais limitações da sua idade como algo natural. Além disso, uma transição gradual entre trabalho e aposentação poderá revelar-se de grande importância ao nível de uma progressiva adaptação entre uma situação de atividade para inatividade que mitigue os efeitos psicológicos e sociais do papel de aposentados. A associação tradicional entre aposentação e velho, tributária de uma perspectiva tripartida de vida vigente durante longo tempo, funciona como obstáculo da passagem à aposentação por os indivíduos quererem evitar essa associação. A transição gradual entre as duas situações poderá revelar-se de grande importância ao nível de uma mais fácil aceitação do novo papel social.

- *aposta na formação dos trabalhadores mais velhos* de forma a promover a sua produtividade e a diminuir eventuais divergências face aos mais novos. Trata-se de promover a atualização/aquisição de conhecimentos e competências valorizados atualmente no mercado de trabalho.

As últimas décadas foram marcadas por um muito rápido desenvolvimento científico e tecnológico e por uma consequente rápida desatualização de competências e conhecimentos. O contexto de competitividade exige então a rápida aquisição e atualização sob pena de exclusão.

No contexto do sector da saúde, este facto é particularmente importante pela também particular rapidez na evolução do conhecimento produzida e das técnicas

mobilizadas. Torna-se então fundamental a promoção da aquisição e atualização de conhecimentos e competências por todos os trabalhadores, particularmente dos mais velhos cuja eventual formação e a trajetória académica ocorreram num momento distinto do atual. Trata-se, então, de combater preconceitos face ao envelhecimento

- *reconhecimento do potencial da experiência acumulado como mecanismo de adaptação e compensação* de eventuais perdas associadas ao processo de envelhecimento. As potenciais debilidades físicas e psicológicas decorrentes da idade, bem como alguma desatualização face aos conhecimentos e competência exigidos nas novas dinâmicas do mercado de trabalho pode ser compensada, em larga medida, pela experiência profissional acumulada. Tal pode assumir forma pelo acompanhamento de outros trabalhadores, nomeadamente dos mais jovens, através de atividades de consultoria.

- *valorização de todo o percurso profissional dos indivíduos* enquanto determinante da sua satisfação profissional e da posição face ao prolongamento da vida ativa. As atuais perspetivas do curso de vida frisam a importância da valorização de todo o percurso de vida no bem-estar sentido na fase do envelhecimento.

Concluimos através da nossa investigação o reforço da importância de dois aspetos centrais: a inevitabilidade do processo de envelhecimento demográfico ao longo de todo o século XXI, atendendo à manutenção dos atuais padrões de fecundidade, e a insustentabilidade dos sistemas de proteção social em função tanto do atual contexto de crise económica, bem como do crescente peso dos encargos com a proteção social aos mais velhos, concretamente pela prestação de cuidados de saúde e pelo pagamento de pensões por velhice. Perante este cenário pelo qual fica claro a continuidade do aumento absoluto e relativo dos mais velhos, com um crescente peso sobre as gerações mais novas e em idade ativa, concordamos com a necessidade de serem efetivamente adotadas medidas no sentido do prolongamento temporal da vida ativa enquadradas, não obstante, em contextos que assegurem a saúde, bem-estar e satisfação dos indivíduos considerando, em particular, a subjetividade do processo de envelhecimento e, portanto, as suas diversas manifestações entre os indivíduos.

Contudo, os indivíduos não trabalham mais ou melhor porque necessariamente assim os obrigam. Fazem-no sobretudo se estiverem motivados e satisfeitos, conforme observámos pelos dados recolhidos e que nos permitiram associar uma maior satisfação profissional a uma maior intenção de prolongamento da vida ativa. Torna-se então necessário combater eficazmente a rutura entre os indivíduos mais velhos e o mercado

de trabalho, sobretudo no atual contexto português marcado pela crise pluridimensional, isto é, social, económica, financeira e política por elevadas taxas de desemprego entre os mais velhos. Cenário que dificulta a reconfiguração da representação face aos indivíduos mais velhos no desempenho dos seus múltiplos papéis na sociedade, em particular, nas suas práticas profissionais propiciadoras a um necessário prolongamento temporal da vida ativa.

BIBLIOGRAFIA

- ACSS (2012a) - *Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2011*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- ACSS (2012b) - *Inventário de Pessoal do Sector da Saúde*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde.
- Almeida, H. (2012) - Biologia do envelhecimento: uma introdução. In Paúl, C.; Ribeiro, Ó. Ribeiro (Eds.) - *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Almeida, J. F. d.; Pinto, J. M. (1975) - Teoria e investigação empírica nas ciências sociais. *Análise Social*, nº 42-43, 365-445.
- Almeida, M. (2007) - Envelhecimento: ativo? Bem sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise. *Fórum Sociológico*, 17, 17-24.
- Aspland, J.; Gibson, H.; Stimpson, A.; Watson, R.; Wray, J. (2008) - The Working Experiences of Older Nurses and Midwives in the NHS. In Chiva, A.; Manthorpe, J. (Eds.) - *Older Workers in Europe*. England: Open University Press.
- Baltes, P.; Smith, J. (2003) - New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- Baltes, P. B. B.; Baltes, M. M. (1990) - Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In Baltes, P. B. B.; Baltes, M. M. (Ed.) - *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bastos, A. d. M. (1931) - *Origens e desenvolvimento de um grande estabelecimento de assistência e caridade: o Hospital de Santo António da Misericórdia do Porto*. Porto: Edição do autor.
- Beck, U. (1999) - *World risk society*. Cambridge: Polity.
- Beck, U.; Giddens, A.; Lash, S. (2000) - *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. Oeiras: Celta Editora.
- Bengtson, V. L.; Burgess, E. O.; Parrott, T. M. (1997) - Theory, explanation, and a third generation oh theoretical development in social gerontology”. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B (2), p. S72-S88.

- Borja-Santos, R.; Freitas, A. C. (2013) - Exclusividade dos médicos: quase todos concordam, poucos acreditam. *Público* (17 fev. 2013).
- Bravo, R. S. (1999) - *Técnicas de investigación social: Teoría y ejercicios*. Madrid: Editorail Paraninfo.
- Burawoy, M. (2006) - Por uma sociologia pública. Política e Trabalho. *Revista de Ciências Sociais*, 25, 9-50.
- Campos, A. C. d. (1984) - Os Hospitais no Sistema de Saúde Português (Vol. 17, nº1). Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Carapinheiro, G. (org.) (2006) - *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página.
- Carapinheiro, G. (1993) - *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- Carreira, M. (2011) - *O Fim da Ilusão*. Oeiras: Editora Objetiva.
- Centeno, L. G. (coord.) (2007) - *Envelhecimento e perspectivas de luta contra as barreiras da idade no emprego*. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional, I.P.
- CESE (2011) - Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “O papel das políticas da família no processo das alterações demográficas – Intercâmbio de boas práticas entre Estados-Membros”. *Jornal Oficial da União Europeia*, 218, 7-13. Bruxelas: Comité Económico e Social Europeu.
- Comissão Europeia (2012b) - Opinião Pública na União Europeia [Em linha]. Luxemburgo: Comissão Europeia. Disponível em http://ec.europa.eu/portugal/comissao/destaques/20120316_eurobarometro_portugal_outono_2011_pt.htm
- Comissão Europeia (2012) - *Declaração do Conselho sobre o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações*. Bruxelas: Conselho da União Europeia, 7 de dezembro de 2012. Disponível em <http://register.consilium.europa.eu/pdf/pt/12/st17/st17468.pt12.pdf>
- CGA (2013) - Glossário CGA [Em linha]. Lisboa: Caixa Geral de Aposentações. [Consult. 15 set. 2012]. Disponível em <http://www.cga.pt/glossario.asp>
- CHP (2007) - *História do Hospital de Santo António*. Porto: Centro Hospital do Porto, E.P.E. [Consult. 22 out. 2012]. Disponível em <http://www.chporto.pt/ver.php?cod=0A0C0A>
- CHP (2012) - *Relatório e Contas 2011*. [Consult. 22 out. 2012].

- Disponível em http://www.chporto.pt/pdf/Relatorio_e_Contas_2011.pdf
- Creswell, J. W. (2002) - *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Crystal, S. (2007) - *Economic Well-Being of Older Adults*. In Ritzer, G. (Ed.) - *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing. Blackwell Reference Online.
- Cumming, E.; Henry, W. (1961) - *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro – Cria o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., por fusão do Hospital Geral de Santo António, E. P. E., com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis. Diário da República, 1.ª série — N.º 188, p. 6996-6998.
- Decreto-Lei n.º 176/2009, de 4 de agosto – Estabelece o regime da carreira dos médicos nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 149, p. 5043-5047.
- Decreto-Lei n.º 177/2009, de 4 de agosto – Define o regime legal da carreira médica, enquanto carreira especial da Administração Pública. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 149, p. 5047-5053.
- Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro - Estabelece o regime da carreira dos enfermeiros nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da República, 1.ª série — N.º 184, p. 6758-6761.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de setembro - Define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial da Administração Pública p.6761-6765.
- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março – Cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E. (CHSJ, E. P. E.), por fusão do Hospital de São João, E. P. E., e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo. Diário da República, 1.ª série — N.º 43, p. 1274-1277.
- DGECFIN, A. (2009) - *The 2009 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the UE-27 Member States (2008-2060)*. Bruxelas: DGECFIN, AWG.
- Dias, I. (2005) - Envelhecimento e violência contra os idosos. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 249-273.
- Dias, I.; Rodrigues, E. (2012) - Demografia e Sociologia do envelhecimento. In Paúl, C.; Ribeiro, Ó. (Eds.) - *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: Lidel.

- Dubar, C.; Tripier, P. (1998) - *Sociologie des professions*. Paris: A. Colin.
- Estes, C. B.; S.; Phillipson, C. (2003) - *Social Theory, Social Policy and Ageing. A critical introduction*. Glasgow: Open University Press.
- Eurobarometer (2012) - *Active Ageing. Special Eurobarometer 378*. Luxembourg: European Commission.
- EUROFOUND (2006) – *Gestão da idade nas empresas europeias* [Em linha]. Dublin: Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. Disponível em <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/08/pt/1/ef0608pt.pdf>
- European Commission (2011) - *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies* [Em linha]. Luxembourg: Economic and Financial Affairs. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2011/pdf/ee-2011-4_en.pdf
- European Commission (2012a) - *Employment policies to promote active ageing*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- European Commission (2011) - *How to promote active ageing in Europe. EU support to local and regional actors*. Brussels: European Commission/Committee of the Regions AGE Platform Europe.
- Eurostat (2012a) - *Active ageing and solidarity between generations: a statistical portrait of the European Union 2012*. Luxembourg: European Commission.
- Eurostat (2012b) – Population Statistics [Em linha]. Luxembourg: European Commission. [Consult. 8 dez. 2012]. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database
- Eurostat (2012c) - *Transition from work to retirement* [Em linha]. Luxembourg: European Commission. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-08-012/EN/KS-RA-08-012-EN.PDF
- Eurostat (2011) - *Population projections 2010-2060*. Luxembourg: News release, 80/2011, European Commission. [Consult. 30 jun. 2012]. Disponível em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-08062011-BP/EN/3-08062011-BP-EN.PDF
- Félix, A. B. (2002) - *Do Lado de Cá, ao Deus-Dará*. Parede: Sopa de Letras.

- Fernandes, A. A. (2001) - Velhice, solidariedade, familiares e política social - itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia. Problemas e práticas*, 36, 39-52.
- Fernandes, A. A. (2007a) - *Envelhecimento e Perspectivas de Criação de Emprego e Necessidades de Formação para a Qualificação de Recursos Humanos*. Lisboa: IEFEP.
- Fernandes, A. A. (2008) - *Questões demográficas. Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri/Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa.
- Fernandes, A. A.; Botelho, M. A. (2007) - Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio. *Fórum Sociológico*, 17, 11-16.
- Fernandes, R. (coord.) (2011) - *Situação dos jovens enfermeiros em Portugal 2011*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004) - Gerontologia social: Una introdución. In Fernández-Ballesteros, R. (Ed.) - *Gerontologia Social Madrid: Ediciones Pirámide*, p. 31-54).
- Fernández-Ballesteros, R [et al]. (2011) - Productivity in old age. *Research on Aging*, 33 (2), 205-226.
- Ferreira, A. S. (2004) - Do que falamos quando falamos em regulação de saúde? *Análise Social*, XXXIX (171), 313-337.
- Flick, U. (2004) - *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora.
- Flynn, M.; McNair, S. (2009) - What would persuade older people to stay longer in work? In Chiva, A.; Manthorpe, J. (Eds.) - *Older Workers in Europe*. . Berkshire: Open University Press.
- Foddy, W. (1996) - *Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, A. (2004) - *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores PC.
- Fonseca, A. (2011) - *Reforma e Reformados*. Coimbra: Almedina.
- Fonseca, A. (2012a) - Desenvolvimento psicológico e processos de transição- adaptação no decurso do envelhecimento. In Paúl, C.; Ribeiro, Ó. (Eds.) - *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.

- Fonseca, A. (2012b) - Do trabalho à reforma: quando os dias parecem mais longos. *Sociologia. Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 75-95.
- Freidson, E. (2008) - *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. São Paulo: Editora UNESP.
- Gautié, J. (2005) - *Coût du travail et emploi*. Paris: La Découverte.
- Gautié, J. (2012) - Coût du travail. In Bévort, A.; Jobert, A.; Lallement, M.; Mias, A. (Eds.) - *Dictionnaire du travail*. Paris: Puf, p. 161-166.
- Giddens, A. (1995) - *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. P. (2007) - Envelhecimento activo: complementariedades e contradições. *Fórum Sociológico*, nº. 17, p. 26-36.
- Gomes, R. M. (2009) - *Hospital de São João: 50 anos de sonho e resistência*. Porto: Hospital de São João.
- Gompertz, B. (1825) - *On the Nature of the Function Expressive of the Law of Human Mortality, and on a New Mode of Determining the Value of Life Contingencies Philosophical Transactions*. Royal Society of London, vol. 115.
- Gonçalves, C.; Dias, I. (2008) - Envelhecimento e emprego dos trabalhadores mais velhos. [S.L.] Rede Europeia Anti Pobreza / Portugal.
- Gonçalves, C. M. (2009) - Desenvolvimento do estudo: notas teórico-metodológicas. In C. M. Gonçalves (Ed.) - *Licenciados, Precariedade e Família*. Porto: Estratégias Criativas.
- Guillemard, A.-M. (2001) - Work or retirement at career's end? A Third way strategy for an ageing population. In Giddens, A. (Ed.) - *The Global Third Way Debate*. Cambridge: Polity, p. 233-242.
- Guillemard, A.-M. (2003) - *L'âge de l'emploi, Les Sociétés face à Vieillissement*. Paris: Armand Colin.
- Guillemard, A.-M. (2010) - *Les défis du vieillissement. Age, emploi, retraite, perspectives internationales*. Paris: Armand Colin.
- Guillemard, A.-M.; Jolivet, A. (2006) - *De l'emploi des seniors à la gestion des âges. Problèmes politiques et sociaux*. Paris: La Documentation française.
- Leeson, G.; Harper, S. (2007) - The Global Ageing Survey (GLAS) - Ageing and later life. Oxford Institute of Ageing, University of Oxford.

- Hardy, M. (2007) - Aging and Work Performance [Em linha]. In Ritzer, G. (Ed.) - *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Blackwell Publishing: Blackwell Reference Online.
- Havighurst, R. J. (1968) - A Social-Psychological Perspective on Aging. *The Gerontologist*, 8 (2), p. 67-71.
- Hill, M. M; Hill, A. (2009) - *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- IGESPAR. (2012) - *Hospital de Santo António* [Em linha]. Lisboa: Instituto de Gestão do Património Arquitectónico e Arqueológico, IP. [Consult. 23 out. 2012]. Disponível em <http://www.igespar.pt/pt/patrimonio/pesquisa/geral/patrimonioimovel/detail/70197/>
- CHSJ (2006) - *Instituição* [Em linha]. Porto: Centro Hospitalar de São João, E.P.E. [Consult. 22 out. 2012]. Disponível em http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=27542
- CHSJ (2012) - *Relatório e Contas 2011* [Em linha]. Porto: Centro Hospitalar de São João, E.P.E. [Consult. 26 out. 2012]. Disponível em <http://www.chsj.pt/files/2/documentos/20120705175952978657.pdf>
- Jorge, N. S. (2000) - Lógicas da procura dos cursos de Medicina em Portugal [Em linha]. *Atas do IV Congresso Português de Sociologia*. Coimbra, 17-19 de Abril de 2000. [Consult. 03 set. 2012]. Disponível em http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462de6b58d9d7_1.PDF
- Kohli, M.; Rein, M.; Guillemard, A. M.; van Gunsteren, H. (1991) - *Time for Retirement: Comparative Studies of Early Exit from the Labor Force*. Cambridge; Cambridge University Press.
- Larson, M. (1977) - *The Rise of Professionalism. A sociological analysis*. London: University of California Press.
- Landry, A. (1934) - *La révolution démographique: études et essais sur les problèmes de la population*. Paris: Institut National D'Études Démographiques.
- Lopes, A.; Gonçalves, C. (2012) - Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas. In Paul, C.; Ribeiro, Ó. (Eds.) - *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Lopes, A.; Lemos, R. (2012) - Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa. *Revista de Sociologia da Faculdade de*

Letras da Universidade do Porto. Número temático: Envelhecimento demográfico, 13-31

- Lusa (2012) - Ordem avança com estudo para saber número de médicos. *Diário de Notícias*. [Consult. 15 abr. 2013]. Disponível em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2360979
- Machado, P. (2008) - Reflectindo sobre o conceito de envelhecimento ativo, pensano no envelhecimento em meio urbano. *Fórum Sociológico*, 17, 53-63.
- Marques, S.; Batista, M.; Silva, P. A. d. (2012) - A promoção do envelhecimento ativo em Portugal: preditores de aceitação de um chefe mais velho. *Revista de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: Envelhecimento demográfico, 53-73.
- Matalon, R. G. B. (2005) - *O inquérito por questionário: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Mendes, F. R. (2005) - *Conspiração Grisalha – Segurança Social, Competitividade e Gerações*. Oeiras: Celta.
- Moody, H. R. (2006) - *Aging: concepts and controversies*. Thousand Oaks: Pine Forge Press.
- Moscovici, S. (2005) - *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Mota, M. P.; Figueiredo, P. A.; Duarte, J. A. (2004) - Teorias biológicas do envelhecimento. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, vol. 4 (1), 81-110.
- Nazareth, J. M. (2009) - *Demografia: a ciência da população*. Lisboa: Editorial Presença.
- Nazareth, J. M. (2009a) - *Crescer e envelhecer. Constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Lisboa: Editorial Presença.
- O'Rand, A. M. (2007) - Aging and the Life Course Theories [Em linha]. In Ritzer, G. (Ed.) - *Blackwell Encyclopedia of Sociology*: Blackwell Publishing. Blackwell Reference Online.
- O'Rand, A. M. (2011)- Stratification and life course: life course capital, life course risks and social inequality. In Binstock, R. H.; George, L. K.; Cutler, S. J.; Hendricks, J.; Schulz, J. H. (Eds.) - *Handbook of Aging and the Social Sciences*. Philadelphia: Elsevier Science.

- OCDE (2006)- *Live Longer, Work Longer*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing.
- OCDE. (1998) - *Maintaining prosperity in an ageing society*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OIT (2011) - *Igualdade no trabalho: Um desafio contínuo*. Relatório Global no quadro do seguimento da Declaração sobre os Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- Ribeiro, J. A. M. (2012) - *Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar* [Em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde. [Consult. 25 nov. 2013]. Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf
- Parsons, T. (1965) - *Theories of society: foundations of modern sociological*. London: The Free Press.
- Paúl, C. (2005a) - A construção de um modelo de envelhecimento humano. In Paúl, C.; Fonseca, A. M. (Eds.) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climeps Editores.
- Paúl, C. (2005b) - Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*. Faculdade de Letras da Universidade do Porto, vol. XV, p. 275-287.
- Paúl, C.; Fonseca, A.M. (coord.) (2005) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores PC.
- Paúl, C.; Ribeiro, Ó. (2012) - *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Pereira, J.; Toledo, M. L. (2004) – Estudo comparativo das políticas familiares na Europa dos 15. *II Serão Nacional da Família*, Lisboa, 14 de maio de 2005.
- Pestana, N. N. (2004) - Os desafios do envelhecimento ativo. *Sociedade e Trabalho*, 2004, p. 71-87.
- Pollak, C. (2009) - Santé et pénibilité en fin de vie [Em linha]. Paris: *Centre d'études de l'emploi (CEE)/Centre d'économie de la Sorbonne (CES)*. [Consult. 20 jul. 2012]. Disponível em http://www.cee-recherche.fr/fr/doctrav/120-sante_penibilite_vie_active_comparaison_europeenne.pdf
- PORDATA (2012) - *Recursos Humanos - Saúde* [Em linha]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em <http://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/Recursos+Humanos-36>
- Portugal – Instituto Nacional de Estatística (2009) - Projeções de população residente em Portugal, 2008-2060 [Em linha]. Lisboa: INE. [Consult. Mar. 2012]. Disponível em

- http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65946767&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt
- Portugal – Instituto Nacional de Estatística (2012a) - *Saúde* [Em linha]. Lisboa: INE. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- Portugal – Instituto Nacional de Estatística (2012b) - *Estatísticas da natalidade e mortalidade* [Em linha]. Lisboa: INE. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- Portugal – Instituto Nacional de Estatística (2012c) - *Mercado de trabalho* [Em linha]. Lisboa: INE. [Consult. Mar. 2013]. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados
- Phillipson, C. (1998) - *Reconstructing Old age, New Agenda in Social Theory and Practice*. London: Sage Publications.
- Phillipson, C. (2009) - *Changing life course transitions: implications for work and lifelong learning*. In Chiva, A.; Manthorpe, J. (Eds.) - *Older workers in Europe*. United Kingdom: McGraw-Hill.
- Platman, K. (2009) - *Extensions to working lives in the information economy*. In Chiva, A.; Manthorpe, J. (Eds.) - *Older workers in Europe*. United Kingdom: McGraw-Hill.
- Oowel, J. L. (2007) – *Gerontology*. In Ritzer, G. (Ed.) - *Blackwell encyclopedia of sociology online*. Blackwell Publishing, Blackwell Reference Online.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1998) - *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A.; Vala, J.; Cabral, M. V.; Lima, L. (2005) - *Atitudes Sociais dos Portugueses IV*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Ribeiro, C. L. N. G. (2011) - *Pluriemprego médico em Portugal: Motivações, valores, conflitos de interesses e mecanismos de regulação*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Ribeiro, Ó. (2012) - O envelhecimento "ativo" e os contrangimentos da sua definição. Sociologia. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. Número temático: envelhecimento demográfico., 33-52.
- Rodrigues, C. F. (2007) - *Distribuição do rendimento, desigualdade e pobreza. Portugal nos anos 90*. Coimbra: Almedina.

- Rodrigues, M. d. L. (2012) - *Profissões. Lições e ensaios*. Lisboa: Almedina.
- Romans, F. (2007) - *The transition of women and men from work to retirement*. Brussels: European Commission.
- Rosa, M. J. V. (2012) - *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J. V.; Chitas, P. (2010) - *Portugal: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santana, P. (coord.) (2009) - *Estudo de Necessidades Previsionais de Recursos Humanos em Saúde - Médicos*. Relatório final para a Administração Central do Sistema de Saúde. Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Santos, C. d. (1996)- *História da Universidade do Porto, Raízes e Memória da Instituição*. Porto: Universidade do Porto.
- Sonnenberg, D. (1997) - The “new career” changes: Understanding and managing anxiety. *British Journal of Guidance and Counselling*, 25 (4), 463-472.
- Taylor, P. (2008) - Are europeans older workers on the verge of a “golden age” of employment opportunities?. In Chiva, A.; Manthorpe, J. (Eds.) - *Older Workers in Europe*. England: Open University Press.
- Taylor, P. (2006) - *Developments in employment initiatives for an ageing workforce*. Dublin: EUROFOUND.
- Thompson, W. (1929) - Population. *American Journal of Sociology*, 34, 959-975.
- Touraine, A. (2009) - A sociologia pública e o fim da sociedade. *Cadernos CRH*, 22, p. 245-256.
- Vala, J. (1997) - Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, xxxii (140), 7-29.
- Veloso, L. (2004) - *Aprendizagem e processos de identificação no espaço social do trabalho: estudo de caso num grupo empresarial do sector electromecânico*. Porto: Teses de Doutoramento em Sociologia, FLUP.
- Walker, A. (1996) - Actitudes europeas ante el envejecimiento y las personas mayores. Reis. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Centro de Investigaciones Sociológicas, 73, 17-42.
- Walker, A. (2008) - Commentary: The emergence and application of active aging in Europe. *Journal of Aging & Social Policy*, 21, 75-93.
- Weeks, J. R. (2007) - Demographic Transition Theory. *Blackwell encyclopedia of sociology online*. Blackwell Publishing, Blackwell Reference Online.

WHO (2002) - *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2005) - *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde*. Brasil: World Health Organization/Organização Pan-Americana de Saúde.

Whyte, W. F. (1984) - *Learning from the field: a guide from the experience*. London: Sage Publications.

ANEXOS

ANEXO 1

Documentação afeta ao processo de autorização para
realização da investigação no HSJ

Para: PROF.ª MARIANELA N. FERREIRA De: PEDRO ESTEVES
R. AFONSO BALDAIA, 775 H.432 - 3.º PRESIDENTE DO CONSELHO DE
4150-016 PORTO ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 14 DE JULHO DE 2011

Tel.: Págs.:

Ref.: N/ REF.º 128/11(087-DEFI/NA-CES) CC:

☒ Urgente ☐ Apreciar p.f. ☐ Comentar p.f. ☐ Responder p.f. ☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico no âmbito de Doutoramento - "**Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João EPE e H. Sto. António EPE) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional**"

Em resposta ao solicitado, em 6 de Abril de 2011, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, sendo Investigadora Principal a Prof.ª Marianela Nunes Ferreira.

Cumprimentos,

Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

N.º Interno: 128/11(087-DEFI/NA-CES)

Título: "Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H.S. João EPE e H. Sto. António EPE) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional"

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)**DR. PAULO BARREIRA**

(Direcção Clínica)

☐ Recepção no SEI27/05/2011Ass. [assinatura]☐ Enviado ao DEFI p/ parecer30/05/2011Ass. [assinatura]☐ Enviado à CES p/ parecer

/ /

Ass. _____

☐ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer12/JUL 2011Ass. [assinatura]☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass. _____

☐ Enviado ao CA p/ autorização14/07/2011Ass. [assinatura]☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer do DEFI12/07/2011Ass. [assinatura]☐ Recebido parecer da CES

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica13/07/2011Ass. [assinatura]☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass. _____

☐ Recebida autorização do CA15/07/2011Ass. [assinatura]☐ Informado proponente da decisão

/ /

Ass. _____

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)☐ Recepção na CES

/ /

Ass. _____

Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass. _____

Parecer da CES ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass. _____

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

/ /

Ass. _____

Observações

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)☐ Recepção na CFT

/ /

Ass. _____

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass. _____

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass. _____

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)☐ Recepção no CA14/07/2011

Parecer do CA

☒ Autorizado ☐ Não autorizado☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder15/07/2011Ass. [assinatura]

Observações

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

30/05/2011

Ass.

☐ Reenviado ao SEI

22/07/2011

Ass.

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

30-6-11

O GCI analisou a proposta de investigação "Representações e práticas dos grupos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 35 e os 65 anos de idade, 6 dos hospitais centrais de cidade do Porto (H.S. João E.P.E. e H. São António, E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal de actividades profissionais", tendo surgido algumas dúvidas sobre as quais a procura esclarecimento à investigação sobre local do estudo, participantes no estudo, metodologia, duração do estudo, falta de supervisão/investigadores responsável no CIP. Foi enviado o e-mail com parecer emitido para conhecimento o parecer é enviado em 30-6-11 - *Paula Alves*

11-7-11

O GCI respondeu a proposta de investigação com base nos esclarecimentos enviados pela investigação. Em conformidade com o B4 do artigo 50.º de 2007 o estudo é dispensa análise pelo CES, tendo em conta que atende os seguintes critérios: intervenção mínima e não invasiva; não existe intervenção nem outro fator de contacto directo com a investigação; o participante; o preenchimento dos questionários é voluntário e os dados são tratados de forma anónima. O GCI não tem nada a opor à realização do estudo - *Parecer FAVORÁVEL* o parecer sobre para o CA para aprovação. *Paula Alves*



Modelos: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Trabalho académico de investigação (título)

Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João E.P.E e H. Sto. António E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional.

Presidente do Conselho de Administração do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do CHP

Marciano Nunes Ferreira (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☒ Aluno ☒, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

6/4/2011

Assinatura

Marciano Nunes Ferreira

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Marciano Nunes Ferreira (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☒ Aluno ☒, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

6/4/2011

Assinatura

Marciano Nunes Ferreira

Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Marciano Nunes Ferreira (nome completo), na
qualidade de Investigador Principal ☐ Investigador Responsável ☒ Aluno ☒, vem por este meio, solicitar a Vossa
Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de
acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

6/4/2011

Assinatura

Marciano Nunes Ferreira

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
SECRETARIADO
ESTUDOS INVESTIGAÇÃO

29.05.2011 [Assinatura]

ANEXO 2

Documentação afeta ao processo de autorização para
realização da investigação no HSA

Exma. Sra. Dra.
Marianella Nunes Ferreira
Rua Afonso Baldaia 775, Hab. 432, 3º
4150-018 Porto

12 JUL 11 10:00

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Aprovação para a realização de Projecto de Investigação

Projecto de Investigação – “Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e os 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional”

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, como solicitado.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18 de Julho de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde


Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

Direcção Clínica
8-7-2011



ho CA em nome
portaria de d.c.

Exma. Sra.
Dra. Margarida Tavares
Directora Clínica do Hospital de São João EPE

AUTORIZADO			
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO		12 JUL. 2011	
AUT. Doutor António Ferreira			
(Presidente do Conselho de Administração)			
Directora Clínica	Presidente Conselho	Administrador Executivo	Administrador Geral
Dr. João Carlos	Dr. João Carlos	Dr. João Carlos	Dr. João Carlos

Assunto: Parecer da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João

Projecto de Investigação – *“Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e os 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional”*
Investigadora Principal: Dra. Marianella Ferreira

Junto envio a V. Exa. para obtenção de decisão final do Conselho de Administração o parecer elaborado pela Comissão de Ética para a Saúde relativo ao projecto em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 8 de Julho de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO HSJ
Parecer

Título do Projecto: Representação e práticas dos grupos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João - E.P.E. e H. S. António - E.P.E.), relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional.

Nome do Investigador Principal: Mariana Nunes Ferreira - Licenciada na Escola Superior de Educação do Porto e Mestrado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Objectivo do Projecto: Obtenção do grau de doutoramento em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto constituindo tese de doutoramento.

Local onde decorrerá o Estudo: Hospital de S. João

Orientador: Prof. Doutor João Miguel Trancoso Vaz Teixeira Lopes. Professor Catedrático do Departamento de Sociologia da Universidade do Porto.

Concepção e Pertinência do Estudo

Trata-se dum projecto de dissertação da tese de doutoramento em Sociologia financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia.

O Projecto pretende analisar as representações e práticas dos grupos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, com idades entre 55 e 65 anos inseridos em dois hospitais centrais da cidade do Porto, HSJ e HSA, no que se refere ao prolongamento temporal da actividade profissional e ao processo de transição do emprego para a reforma.

Através dum inquérito por questionário, que nos parece bem estruturado, entrevista semi-directiva e uma análise documental alargada, a investigadora pretende estudar as relações entre os profissionais de saúde referidos e os contextos organizacionais onde se inserem.

Assiste-se actualmente em todos os países europeus a processos de transformação social envolvendo alterações da estrutura etária e dinâmicas demográficas com forte impacto no mercado de trabalho e na sustentabilidade dos Estados Previdência. A Estratégia Europeia para o Emprego, pretende em conformidade, debelar as barreiras de idade prolongando as carreiras profissionais e a consequente entrada tardia para a reforma.

A União Europeia procura desta forma um crescimento económico sustentando para compensar o avolumar de encargos financeiros com que actualmente se confronta, em resultado do envelhecimento no contexto das sociedades contemporâneas e o seu impacto no mercado de trabalho.

A população abrangida pelo estudo soma 374 profissionais entre os dois hospitais seleccionados.

O estudo decorrerá em quatro fases organizadas da forma seguinte:

Primeira fase: Aprofundamento e análise da literatura científica no domínio da sociologia, bem como da economia, psicologia social e demografia, no que se refere ao projecto em estudo.

Segunda fase: Recolha e sistematização de informação.

Terceira fase: Aplicação do inquérito por questionário a todos os serviços hospitalares onde se encontrem os profissionais em estudo, e da entrevista, sendo objecto da entrevista os responsáveis dos hospitais, associações profissionais correspondentes aos profissionais em estudo e decisores políticos na área do emprego.

Quarta fase: Integração dos resultados e produção da análise final.

A conclusão do projecto está prevista para Junho de 2012.

O questionário parece adequado e bem estruturado.

Está salvaguardada a confidencialidade dos dados e o consentimento informado está assegurado pelo documento em anexo.

Os resultados deste estudo serão objecto de divulgação.

Deverão ser asseguradas autorizações de todos os Directores de Serviço onde vão decorrer o inquérito por questionário e as entrevistas.

Conclusão: Proponho à CES um parecer favorável à realização deste projecto.

Porto e HS João, 2011-07-08

O Relator



Eng. Rui Barbosa

Exma. Sra. Dra.
Marianella Nunes Ferreira
Rua Afonso Baldaia 775, Hab. 432, 3º
4150-018 Porto

10 JUL 11 15:23

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Aprovação para a realização de Projecto de Investigação

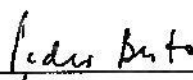
Projecto de Investigação – “Representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e os 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional”

Junto envio em anexo cópia do parecer e da aprovação da Comissão de Ética para a Saúde, como solicitado.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 18 de Julho de 2011

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

ANEXO 3

Guião de entrevista a médicos e enfermeiros

Instituto de Sociologia/FLUP
Representações e práticas sobre a gestão da idade dos grupos profissionais de saúde no
distrito do Porto

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Notas introdutórias das entrevistas:

a) **Tema do projecto:** representações e as práticas sobre a gestão da idade dos grupos profissionais de saúde no distrito do Porto.

b) **Objectivos:**

- Conhecer a percepção dos diferentes actores sociais sobre o prolongamento da vida activa dos profissionais da saúde (médicos e enfermeiros) com idades entre os 55 e os 65 anos;
- Perceber se as organizações hospitalares em estudo (H. Geral de Sto. António e o Hospital de S. João) possibilitam o prolongamento da vida activa dos profissionais de saúde deste segmento etário.

2. A amostra de entrevistados: Serão objecto de entrevista, profissionais de saúde (médicos e enfermeiros), responsáveis dos Hospitais e das associações profissionais correspondentes aos profissionais em estudo, decisores políticos adstritos à área do emprego.

3. Estrutura do guião da entrevista: a entrevista é constituída por três grandes temas:

- Trajectória profissional no mercado de trabalho: representações e práticas sobre a gestão da idade;
- Posição face ao prolongamento da actividade profissional;
- Expectativas e aspirações futuras: envelhecimento activo ou reforma.

4. Garantia do anonimato e confidencialidade dos resultados; agradecimento pela participação; solicitar autorização para efectuar a gravação da entrevista

Questões genéricas

1. Qual a receptividade face às alterações traduzidas pelas medidas políticas de promoção do prolongamento da actividade profissional do segmento etário dos 55-65 anos no sector da saúde?
2. Caracterização dos processos de reestruturação nos últimos anos.

Trajectória profissional e mercado de trabalho: representações e práticas sobre a gestão da idade

3. Como caracteriza a trajectória profissional dos enfermeiros /médicos no mercado de trabalho?
 - 3.1. Que impacto considera existir no modo de organização do percurso da idade na gestão da trajectória profissional?
 - 3.2. Atribui vantagens e desvantagens ao exercício da actividade em função da idade? Quais?
 - 3.3. Como considera que os vários actores equacionam esta questão?
 - 3.4. Como caracteriza a relação entre os diversos profissionais da saúde?
 - 3.5. Que leitura faz da situação do mercado de trabalho no sector da saúde?

Posição face ao prolongamento da actividade profissional

4. Considera que existe uma política, nesta organização, de fim ou de prolongamento de carreira? Como a descreve?
 - 4.1. A organização do trabalho considera o factor idade? De que modo? (funções, níveis de responsabilidade, promoções, políticas salariais, horários de trabalho, formas de trabalho...?)
 - 4.2. Existe um plano organizacional de previsão de saídas de profissionais em função da idade? Como? Porquê?

4.3. Considera que no sector da saúde se discriminam os trabalhadores mais velhos? Como? Porquê?

4.4. Quais as medidas que considera adequadas para a gestão da idade na fase final da trajectória profissional?

4.5. Considera importante a permanência da actividade dos trabalhadores mais velhos no sector da saúde?

4.6. Considera que existe uma política nesta organização de saúde coerente com os discursos e as políticas tomadas quer pela União Europeia, quer pelo governo português no que se refere ao prolongamento da actividade profissional deste grupo etário?

Expectativas e aspirações futuras: envelhecimento activo ou reforma

Para finalizar, diga-nos, por favor:

5. Na sua opinião, quais são as implicações do envelhecimento no sector da saúde?

5.1. Que medidas deveriam ser tomadas para colmatar os efeitos do envelhecimento no sector da saúde?

5.2. Quais os principais condicionalismos para a sua tomada de decisão: prolongamento da actividade profissional ou transição para a reforma?

5.3. Como perspectiva a situação futura dos profissionais de saúde no mercado de trabalho?

5.4. Perspectiva formas distintas de permanência no mercado de trabalho?

Nota:

- Aferir da sua disponibilidade para voltar a ser entrevistado daqui a alguns meses (sendo, nessa altura, novamente contactado), como combinado.

ANEXO 4

Guião de entrevista a responsáveis de recursos humanos das
duas organizações hospitalares

Instituto de Sociologia/FLUP
Representações e práticas sobre a gestão da idade dos grupos profissionais de saúde no
distrito do Porto

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. Estrutura da carreira de medicina e de enfermagem actualmente em vigor (é ou não comum a ambas?)
2. As condições que a partir deste ano, 2010, inclusive, têm para se aposentar;
3. Qual o limite de idade, actualmente, para deixar de fazer noite e urgência? Há excepções? Quais?
4. Os aposentados podem continuar a trabalhar a recibo verde? Outra? Em que instituições? (Público/Privado)
5. Quais são as condições em que eles podem continuar a exercer após o limite de idade imposto para a saída?
6. Como é que um hospital EPE, como o hospital de S. João, gere essa situação?
7. Qual a sua opinião face ao prolongamento da vida activa destes dois grupos profissionais, considerando:
 - A profissão
 - A escassez de recursos humanos

Solicitar:

- Suporte legislativo (p.ex. DR);
- Tabela de vencimentos de cada carreira;
- Manual interno de gestão de recursos humanos.

ANEXO 5

Guião de entrevista a académico e a antigo dirigente do
Ministério da Saúde

Instituto de Sociologia/FLUP
Representações e práticas sobre a gestão da idade dos grupos profissionais de saúde no
distrito do Porto

GUIÃO DE ENTREVISTA

Temas a abordar:

1. Elementos gerais de caracterização sóciográfica do entrevistado
2. Consequência do envelhecimento demográfico
3. Representações sobre o envelhecimento e sobre a aposentação
4. Quebra do contrato geracional e pressão sobre as gerações mais novas
5. Posição face ao paradigma de envelhecimento ativo
6. Medidas políticas a adotar:
 - para garantir a sustentabilidade dos sistemas de proteção social;
 - para promover o prolongamento temporal da atividade
 - eficácia das medidas
7. Especificidades dos grupos profissionais de médicos e enfermeiros (médicos vs. enfermeiros)
 - importância da formação e da experiência
 - prestígio social

ANEXO 6

Análise horizontal das entrevistas exploratórias a médicos e
enfermeiros

Dimensões	Questões	Profissão							
		Enfermeiros				Médicos			
		Entrevista nº1	Entrevista nº2	Entrevista nº4	Entrevista nº7	Entrevista º3	Entrevista nº5	Entrevista nº8	Entrevista nº9
Representações individuais face à idade e vida activa dentro do segmento profissional em que se encontra inserido	Que vantagens e desvantagens associa ao exercício da actividade profissional destes profissionais entre os 55 e os 65 anos de idade?	“Acontece que, que a partir de uma determinada idade, quem faz sistematicamente esforços, durante anos e anos, sente a alteração da sua própria vida, da sua própria personalidade, tanto na forma como encara a vida. O que é que acontece? Acontece que ao alterarem sistematicamente as políticas em relação à reforma, nas quais nós não sabemos se isto no futuro vai ser respeitado, ou não. Mas isto aplica-se, na generalidade, a tudo, porquê? Porque, nós sabemos que a pessoa não se vai embora	“ (...) eu tenho um doente que tem... que não mexe um dos lados e tenho que o ajudar a levantar-se da cama, tenho que ser um apoio para ele! Se eu for mais velho que o doente, ele olha para mim como sendo... tendo 55, 65 claro que humilha-o. Ou, se estiver cheio de tremor na mão e vou tratar o doente. Quem é o doente, de facto? Portanto, nesta profissão, pode ter gente com idade mas que do ponto de vista físico até pode estar... até pode estar intelectualmente capaz, mas que do ponto de vista físico não dá. Ou pode, sobretudo, ser	“(...) eu não digo que a idade seja um factor, agora do crescimento e da maturação profissional é sem dúvida. O que quer dizer que a idade também conta, não é. Pode não ser um factor directo, mas indirecto... disso não tenho dúvidas, porque não se faz um enfermeiro em dois em anos, nem em três.”	“Em termos das pessoas de idade, as vantagens é o conhecimento que todo ele está presente... e a maturidade e a forma de estar, de se relacionar. Por outro lado, os jovens também trazem algo de novo e que aprendemos e que faz o equilíbrio de uma equipe, acho que ter uma que não só jovens, não só pessoas com uma faixa etária mais elevada, acho que faz um equilíbrio. Com gente jovens, novos conhecimentos, nova informação, trazem... mas também há algo que não vem nos livros e que é a prática, sedo que o grupo com a faixa etária mais elevada, tem toda a experiencia, que	“Isto é assim, eu acho que a parte que tem mais piada (...) nós vamos evoluindo, vamos progredindo, temos mais prestígio e depois o tempo anda ao contrário. É-se mais idoso, as pessoas olham para si com mais peso, mais credibilidade... mais conhecido, tem que ter mais estatuto... e depois é rede, não é. Quer dizer, hoje em dia, ter uma rede de contactos é muito importante. E, portanto isso, ao fim de vinte, trinta anos de luta	“O ideal seria que houvesse uma transmissão de mensagens e que essa situação fosse bem estruturada. (...) Ou seja, na minha época entraram todos e nas épocas seguintes já não tiveram a mesma capacidade de penetração. Isto tem que ser regulamentado, deveriam tentar criar que houvesse os vários grupos. Porque em sociedades orientais são muita importância para o passar da mensagem dos avós aos netos. Se para família isso	“Uma vez adquirido o conhecimento, penso que a idade não tem importância. Tem-se é que adquirir... e aí, ou se adquiere mais cedo ou mais tarde. Mas não faço, não vejo distinção nenhuma. Eu pessoalmente, por estar a fazer a minha agora, não sinto que estou a ser...”	“Olhe isto é assim, nem oito, nem oitenta... por um lado a velhice é um posto, que sempre foi muito português, isso sempre foi, obviamente, bastante irritante, porque não é necessário que a velhice seja um posto. Se um indivíduo foi idiota toda a vida, porque é que quando é mais velho... quando é mais velho mais idiota é. Portanto, o oitenta também não é verdade, neste momento havia uma carreira médica, em que a pessoa havia uma hierarquia. (...) Agora também se passou ao exagero, porque neste momento, porque muitos directores de serviço não sei

		com 100%, mas com 90%, estima que daqui a uns anos é 50%... o que eu acho que é uma vergonha e que não se justifica, especialmente para quem sempre trabalhou (...)"	compreendido pela pessoa que é tratada como sendo uma ameaça ou que não confere segurança."		interligam e que trazem o equilíbrio a uma equipe."	diária de um número grande de pessoas... isso, eventualmente, é difícil de gerir. A minha grande dificuldade, neste momento, é gerir a agenda do meu consultório."	existe, também para o sector profissional isso deveria existir. Seria saudável que o que fosse mais velho transmitisse a mensagem e haveria um grupo intermédio que teria a capacidade de passar a parte laboral.... Não quer dizer que os mais velhos não estejam em actividades de ponta, mas muito não estarão. Um médico transmitiria uma parte laboral, em termos de áreas especializadas ... e haveria um novo a aprender. Esse novo a aprender, aprenderia dos dois grupos... de um grupo mais velhos, que		sequer chefes de serviço, são assistentes hospitalares... portanto, não me escandaliza do ponto de vista global, mas pronto, quer dizer eu diria que nem oito, nem oitenta – a carreira aqui é importante."

							transmitiria conselhos éticos. O mais novo ganhava e o mais velho ganhava!”		
	Como caracteriza a relação entre os diversos profissionais de saúde?	“A cátedra influencia, continua a influenciar, do meu ponto de vista, negativamente, uma relação, o contacto salutar, sobretudo, ao nível das chefias e dos directores de serviço. Se bem que há muitos directores que estejam a mudar, que haja muitos serviços que estejam a mudar, as políticas destes serviços estejam a mudar, ainda se sente o peso da cátedra.”		“ (...) neste momento, o nosso paradigma é que os cuidados de enfermagem são uma disciplina autónoma, própria, que não tem a ver directamente como os médicos. O que é uma actividade, como qualquer outra profissão que se conjuga com os médicos. Portanto, em que nós temos actividades que são interdependentes ... há uma prescrição médica, sim senhor! O enfermeiro administra a terapêutica, vigia... mas são actividades complementares. Mas, essa visão o médico não tem. Ainda não tem e	“Eu nunca tive muitas dificuldades, mesmo em relação médicos, enfermeiros... como em relação a outras classes, como por exemplo os auxiliares, com outros sectores, como por exemplo radiologia... nunca tive. Nós temos que pensar em função da equipe, porque nós é impossível trabalhar isolados, sempre em função da equipe. Cada qual com a sua função, cada qual com o seu espaço, mas temos que nos interligar.”	“Agora, e depois os serviços que estão mais organizados, acabam por ter mais produção... mas, acho que não é por aí. Acho que as pessoas também não gostam muito de ser controladas e, agora, naturalmente, isto é tudo muito mais informatizado e há um controle muito maior”			

				não sei se a consegue adquirir...”					
	Que leitura faz da situação do mercado de trabalho no sector da saúde?	“Péssimo, péssimo... pronto, já se falou um bocado disto, já se falou na instabilidade muito grande em todos os sectores e há até situações perfeitamente aberrantes, nomeadamente, pessoas que estão a trabalhar sem usufruir qualquer vencimento e só ao cabo de seis meses, se forem capazes, é que começam a usufruir de qualquer vencimento. (...) Isto mostra que as políticas não estão a ser concertadas, porque cada vez há mais fornadas de enfermeiros e cada vez há mais	“Ora, isto no contexto de mercado actual dos mais jovens, não vai ser fácil eles quererem continuar a trabalhar durante mais tempo. Os jovens na enfermagem, não têm nenhuma perspectiva de emprego. E, eu não estou a ver as pessoas a continuarem nesta profissão, porque esta é uma profissão de sofrimento enorme. Esta é uma bela profissão, não há dúvida... eu digo para mim, que é a mais bela profissão que eu conheço, é evidente que isto é subjectivo a cada profissão, mas é aquela sensação de que eu fico com as coisas mais belas	“Neste momento, de há algum tempo para cá tem havido alguns problemas complexos que têm a ver com a precariedade e isso reflecte-se imenso ao nível do desenvolvimento e do desempenho. Portanto, não são na aquisição de conhecimentos, porque as pessoas também desmotivam... tendem a não fazer investimentos, porque não sabem o dia de amanhã... não sabem se vão estar aqui. Isso tem desenvolvido muito nos últimos três anos, isso é notório, em que de facto o envolvimento das pessoas e aquilo que eu chamo o vestir a camisola, não! É difícil, embora eles	“Neste momento, em termos de mercado, está já a ser com muita dificuldade.... Quando os mais jovens terminam o curso, há já saturação, embora que na minha perspectiva, os serviços ainda precisariam de muitos mais enfermeiros face aos cuidados que se prestam... eram precisos, mas os quadros não são alargados. Em termos profissionais, é uma profissão muito desgastante, muito exigente... que está sempre actualizar-se – não podemos dizer que «agora terminei um curso, agora vou fazer isto toda a vida» - há uma permanente formação, há uma permanente aprendizagem, em	“Como há muita falta de médicos, para nós há um mar enorme de oportunidades. Então se a pessoa for competente, não tem problema nenhum. Isto, não se deve manter igual durante muito tempo, mas penso que nos próximos seis, sete anos não vai haver muitos problemas.”	“E, pelo que me apercebi, vai criar uma carreira, que é o que mais importa, porque importa haver uma possibilidade de as pessoas poderem evoluir para quem quiser. Não se pode pedir a todas as pessoas, mas para quem quiser, possa evoluir. Agora, que essa estruturação permita que progrida aqueles que se vão esforçar mais e que se vão preocupar mais... não sei como é que vão criar isso, se vão dar um estímulo remuneratório, não sei... porque eu não estou a falar em quantificar,	“A área da saúde é um bocadinho, é um pouco... como é que eu hei-de dizer... acidentada. Está a aperceber? (...) Há o problema também quer é o tipo de trabalho, a exclusividade e a não exclusividade. A resposta a isso e não é a minha opinião pessoal, agora. A minha opinião é que deveria haver exclusividade das funções, sem promiscuidade privado/público, porque isso... que haja paciência.”	“Há aqueles que virão a querer sair, que são os calculistas, que vão fazer as contínuas para ver quando é que vão poder sair, quanto é que vão ganhar lá fora, até porque já fazem a vida mais lá fora do que aqui! E, prontos, depois há as outras pessoas que ficarão aqui enquanto se sentirem bem e sentirem que estão a desenvolver um trabalho útil... e quando sentirem que isto mudou vão pedir a reforma. Porque de facto, mesmo com a penalização não é difícil arranjar mais um tacho lá fora, para de vir com uma reforma minimamente em condições.”

		desemprego. Você percebe o que eu quero dizer, eu acabo o curso e depois acabo por ter uma postura pouco digna, para ser paga à hora, por muito menos do que é pago a uma trabalhadora de um hipermercado.”	da vida.”	façam um esforço, mas de facto há momentos em que é crítico.”	qualquer função que tenhamos, ou cuidados directos, ou especialista em alguma das áreas, ou em gestão... temos que estar sempre atentos. É desafiante!”		porque não passa por aí... os números vêm a seguir, embora os números sejam importantes – o tempo de consulta, o tempo de atendimento, penso é que tem que se melhorar a qualidade dos serviços assistenciais, com novas mentalidades.”	
	Posicionament o face ao funcionament o dos sectores privado e público na saúde.	“ (...) sou veterana e digo isto à minha família aos meus conhecidos, que nas coisas graves é para o estatal que vêm. É sempre para o estatal que se vem e nunca para o privado, somente casos excepcionais é que me podem mostrar que isto não é uma	“Se eu interpretar o sentido da maioria dos profissionais, é evidente que não. Pode ser conjuntural, pode ser por causa da crise, por de ser porque as pessoas tinham outras expectativas. Eu próprio tenho 48 anos, tenho 28 de profissão e tinha a	“Eu, por acaso, gostava de continuar a trabalhar, mas se não me quiserem dar mais do que aquilo que me queiram dar até ao momento... provavelmente, eu daqui a dois anos irei pedir a reforma antecipada, nem que.... Agora, é assim o meu feitio não é de parar, provavelmente, irei fazer outras		“Eu não sei, eu acho que esta relação público/privad o ainda está numa fase inicial porque Portugal... em Lisboa já há uma tradição de hospitais privados a funcionar já há algum tempo, e bem! Aqui no porto, não! Aqui no Porto é tudo novo, como	“Os hospitais do Estado têm que ter mais qualidade que os Hospitais privados, têm a obrigação disso, porque já estão melhor apetrechados. Eu, neste momento, se tiver um acidente quero vir para o Hospital São João, não quero ir para uma Ordem	<i>“Penso que os desenvolviment os da medicina se encontram na medicina pública... ao sair-se daqui para se ingressar só na carreira privada vai-se prescindir desse desenvolviment o. Vai-se é ganhar dinheiro, provavelmente, mas isso talvez só não chega. Aí, talvez o</i>

		mais-valia, mas normalmente as situações de urgência e de gravidade é o Estado.”	expectativa de daqui a alguns anos estar reformado. Eu desde 1995 que atingi o último escalão, portanto não tenho mais carreira para fazer e estou há catorze anos ali e ainda tenho que aguentar até aos 65 anos.”	coisas. Porque, eu continuo a ser enfermeira de reabilitação, mesmo lá fora, por isso a minha perspectiva pode continuar a ser nesta área, como enfermeira de reabilitação... criar um gabinete ou fazer outra coisa qualquer.”		sabemos. Há, neste momento, três grandes grupos a começarem a funcionar, com algum prestígio e alguma repercussão na privada e um grupo mais pequeno, eventualmente. E, eu acho que há, no fundo, espaço para os grupos público e privado e, eventualmente até para alguma pareceria, que eu acho que faz todo o sentido. O grande problema, no entanto, é o problema económico. Neste momento, o privado funciona, de facto, na muleta que é o	qualquer... quero ir para o hospital onde eu acredito que tenho o melhor tratamento. Portanto, se querem isso, têm que fazer com que os médicos não venham para aqui por obrigação, mas venham porque querem.”	<i>reconhecimento de que se falou seja perdido. Ou já o têm adquirido, ou quem ainda não é conhecido, não vai mais sê-lo.”</i>	

						Serviço Nacional de Saúde e apoiado nos seguros, porque doentes com capacidade económica, completament e privados, não há muitos.”			
Representações face às alterações legislativas que visam o prolongamento da actividade profissional	Qual é a sua receptividade face às alterações que têm ocorrido das medidas políticas no sentido da promoção do prolongamento da actividade profissional, para este segmento etário dos 55 aos 65 anos dos profissionais da saúde?	“ (...) acho que o acto de eu ter pedido a reforma, foi um acto que não me custou nada... para a minha dignidade pessoal e profissional, eu achava que não devia continuar assim. (...) Agora, eu continuo a gostar de ser enfermeira e continuo a achar que o enfermeiro é, não o considerado no nosso país, é a pessoas cuida nas vinte e quatro horas do	“ (...) pensando como um enfermeiro... eu não consigo ver dessa maneira... eu, depois de ter dado à sociedade o que sei eu esperava pela menos uma carta de artista. Porquê? Porque eu trabalhei e é o normal... ter tempo para reflectir, para ajudar os mais novos, para os ajudar a aprofundar. Eu vejo, até por aqui, uma oportunidade para a profissão o novo modelo... vai passar que os	“Acho que era essencial que houvesse a tal dinâmica, que... que se pensasse num modelo, em que se desse a oportunidade às pessoas de dizer assim, mesmo que fosse aos 65 anos, de «queres continuar? Podes fazê-lo». Mas, podes ficar de... em vez de ser como está feito hoje, podes continuar porque vais ganhar mais... não, eu acho que era assim, dava um... aquela pessoa dava-se um... como aquela pessoa tinha	“(...) isto é assim, a pessoa só pensa na reforma nos últimos anos (...) e antes de haver esta nova reforma, eu para ir para a reforma teria que ter os cinquenta e sete anos e trinta e cinco de serviço, em finais de 2008. Ora, eu fiquei a pensar que não gostaria de ser penalizada em três anos de serviço, porque se há uma coisa que é importante para mim, muito importante, é quando eu sair, eu saber que ainda faço falta... pronto, a auto-	“Outra questão é que mesmo nós chegamos a uma determinada altura não aguentamos isto, e queremos ser outras coisas. Tenho outros interesses, gosto de jogar golfe, gosto de passear, gosto de fazer fotografia... gosto de fazer uma série de coisas. E, de facto, a pessoa pensa que vai desta para melhor de um dia para o outro e dá por	“Eu não vejo mal em continuar... agora, o que acontece é o seguinte, criaram-se expectativas... esse é o problema... criaram-se expectativas de que as pessoas se podiam reformar aos sessenta anos e, de repente para muitos, acreditou-se numa mentira, que de repente passa a ser verdade. Então, eles andaram uma vida a dizer «aos sessenta	“Eu já podia ter ido embora... com serviço militar, com serviço de urgências há quatro anos e ainda aqui ando! (...)porque dá-me possibilidade de evolução, dá-me possibilidade... facilidade aceder a bibliografia, embora só bibliografia, porque os livros compro-os eu. (...). É esse o objecto do meu trabalho, foi isto que eu escolhi quando fiz o contrato médico:”	“Não, não tomei a decisão. A verdade é que eu gosto de deixar bastante ao destino tomar as decisões. Esta é que é a verdade toda. Mas digamos que, por um lado não tenho razão nenhuma para me reformar porque, primeiro gosto do que estou a fazer, continuo a gostar apesar de todos estes entraves. Tenho gente a trabalhar comigo, que gosta de trabalhar comigo. E tenho os doentes... e gosto da investigação, também acabei

		outro, é vinte e quatro sobre vinte e quatro horas. Portanto, este papel, ainda que por culpa nossa, na maior parte das vezes, ainda não estar garantido através da sociedade, se bem que algumas coisas se vão mudando.”	novos enfermeiros que acabam o curso, não são enfermeiros, são licenciados em enfermagem e, depois, têm que vir para os hospitais fazer uma experiencia tutelada de forma a lhe ser reconhecida a competência para o exercício autónomo. Por conseguinte, para os mais velhos ainda na vida activa, este papel de tutor ou de acompanhament o é possível, mas não é para toda a gente.”	trabalhado, por exemplo, chegava-se aos trinta e seis anos e dizia-se «tens uma pré-reforma de X... e, agora, queres trabalhar?», «queres continuar a trabalhar, vais ter que desenvolver isto e trabalhar desta maneira».”	estima para mim é muito importante, muito importante. O dinheiro não me satisfaz muito, agora a minha auto-estima é das coisas mais importantes... agora, estar a pensar que obrigatoriamente tenho que ficar cá mais três ou quatro anos e que a natureza não perdoa e a involução é inevitável e, portanto, meti já o pedido, para ir enquanto eu me sinto ainda bem... e me sinto que ainda tenho capacidades”	ela e começa a querer ter tempo para ter umas tardes livres, para curtir... coisa que eu não tenho. Tem-se que tentar criar esse equilíbrio, mas agora não tenho de facto nenhuma alternativa a não ser começar a cortar.”	reformo-me», «aos sessenta reformo-me»... e aceitaram isso quase como inevitável. (...)Eu sou positivo, mas aceito tudo, tento aceitar tudo na minha vida com naturalidade.”	um doutoramento há dois anos, portanto se o fiz era porque valia a pena continuar com isto. (...) A maior parte dos médicos que saem nesta idade é para fazerem privado. Eu não o penso fazer, é que nesta idade é um privilégio começar qualquer coisa nova, mesmo que não seja realmente novo. E não fora as prisões da família e... (...) mas mesmo com elas, eu gostava de realmente começar, de ir para África, com a OMS, ou mesmo uma carreira ligada a um laboratório médico, que me permitisse viajar... eu gosto de viajar. Portanto, não me vejo mal... reformar-me para fazer clínica privada não seria o meu objectivo.”	
	Quais as	“Agora o que			“Uma medida que	“Investiria,	Um pouco a		“Portanto as

	medidas que considera adequadas para a gestão da idade na fase final da trajectória profissional?	eu acho é que se a pessoa é expert em alguma coisa, pode a sociedade e deve utilizá-la para isso. Dar parecer sobre esta matéria, fazer consultadoria sobre determinada coisa. Agora, acho que nós temos uma postura face à vida, se calhar também advém da conjuntura económica, mas eu acho que nós temos uma postura, mais ou menos, fatalista das coisas. Até agora, quando nos referimos aos reformados, pensamos nos velhinhos, que vão lá parar já velhinhos de todo, com bengalinas e não sei quê... Eu acho que a pessoa tem que			eu achava interessante era a redução das horas de trabalho, como por exemplo, nós no ensino, se formos professores, ao fim de X anos vão diminuindo as horas de trabalho. Deviam diminuir as horas de trabalho... embora, por outro lado, haja quem diga que diminuir, deixar de trabalhar de noite, que também era importante, embora isso bula com o vencimento. Pese embora para o nível de responsabilidades que as pessoas assumem, deixar de fazer noites, ou deixar de fazer fins-de-semana, as pessoas perdem muito do seu vencimento. Portanto, acho que a partir de X idade, se a pessoas quisesse deixar de fazer	claramente, na consultadoria. Acho que a consultadoria, até porque estou a dar aulas na faculdade, acho que é o que nós fazemos no fundo. Acho que estenderia é para as pessoas que pela idade deixam de trabalhar connosco. Porque uma pessoa por ter 65 anos, não é velho de maneira nenhuma, até porque a esperança média de vida são os oitenta anos. Investiria, claramente, na consultadoria. Temos é pensar se a consultadoria seria exclusivamente no serviço hospitalar, ou se se	primeira ideia sobre a transmissão de valores entre gerações, tal como está patente na primeira citação sobre a importância dos mais velhos na transmissão de valores éticos aos mais novos.		pessoas têm neste momento... o sistema, que são os hospitais, têm neste momento um sistema de número, de medicina quase a metro que... esse sistema embora se fomite na qualidade, mas a qualidade põe-na toda na satisfação dos processos burocráticos, mais do que na qualidade depois do ponto final, que é como o doente vê todo o processo. (...) De facto, o sistema deveria pedir coisas diferentes e não só em termos de carga horária. Com a idade nós temos uma hora de desconto para dar ou assim uma coisa, a partir dos cinquenta ou cinquenta e cinco. Mas a verdade é que não chega isso, podiam pôr a pessoa numa posição mais recuada... ora, eu estou a fazer o

		ir para como uma pessoa com dignidade, com bem-estar e como uma pessoa que tem a sua vida. Se nós pensarmos nos nórdicos e não sei quê, são pessoas muito mais jovens que vêm visitar o país, que vêm fazer coisas, que a vida não lhe permitiu fazer, porque se víamos bem as coisas, ao longo da vida a vida é muito pequena e se a pessoa, pronto, leva isto a sério tem que abdicar de uma série de coisas na sua vida. Mas devem fazê-lo voluntariament e, não é com stress.”			noites, o vencimento que ela teria deveria manter-se igual... e continuar na mesma com as 35 horas semanais (...).”	estenderia a outros serviços de saúde. (...) Depois, se calhar, tinha que pensar que a pessoa, por ter atingido um patamar de maior idade tinha que a remunera de uma forma equilibrada, que é o que não acontece. Ou seja, as remunerações não estão, de forma alguma, relacionadas com o peso da idade ou com o prestígio. E acho que isso, que faria. Nós aqui, ser médico especialista, ou médico especialista e professora da faculdade, não trás nenhuma mais-valia... e acho que devia ter-se de alguma forma. Mais até na posição na carreira, não		trabalho de primeira linha. E só o facto de nós termos uma unidade de serviço conhecida internacionalment e, temos interno e tenho gente a trabalhar comigo, mas é só por isso, não é o Estado que põe alguém a trabalhar comigo.”

						nenhuma mais-valia por sermos doutorados, porque eu acho que isso que é mau.”			
Representações face aos modos de funcionamento da instituição hospital em que se encontra inserido	Como avalia a sua integração profissional nesta organização?	“Eu acho que gosto daquilo que faço, embora ache que este hospital seja muito conservador, no que toca à compreensão do que é o termo de «gestão». As pessoas pensam que gerir, para já não sabem o que é gerir, as pessoas que pensam que gerir, é gerir o meu umbigo, a minha classe de profissionais. Mas não, gerir não é isso. Estamos num órgão de gestão, tenho que trabalhar com toda a gente, entender-me com toda a gente e se				“ (...) o estado actual da minha relação com o hospital. Acho que é pacífico... eu sou reconhecido pelas pessoas e acho que não tenho muita... Tenho sim alguma dificuldade em gerir, tanto que reduzi agora, a carga de trinta e cinco horas, por toda esta minha vida de faculdade e de medicina privada. Portanto, passei para uma semana de quatro dias, que é para tentar, pelo menos, ter alguma maior tranquilidade.”	“Eu comecei a exercer funções de chefia há quatro anos, portanto, confiaram em mim aos 55 anos. Agora, nos outros há pessoas que estão insatisfeitas... depois, é difícil saber se essa insatisfação, de quem é a culpa. Porque as insatisfações, às vezes, podem ser ou porque a pessoa está ser maltratada, ou se a pessoa... sabe que não existe uma realidade, existem muitas realidades (...) existem muitas formas de ver a realidade,		

		possível, mostrar os meus pontos de vista. Até agora, há muito pouco tempo, os directores de serviço só podiam ser professores da faculdade, tinham que ter o grau académico de professores da faculdade, portanto, podiam não entender nada de gestão, mas isto era um contrato tácito entre a faculdade e o Hospital de São João.”					basta que o individuo ache que qualquer coisa que lhe fizeram é uma forma de discriminação. Pode não ser e passa a ser!”		
	Considera que existe uma política nesta organização de fim de carreira?	“Não, não existe nenhuma política. No sector da enfermagem não existe nenhuma política. (...)o que existe é pessoas que optam por ir para outras instituições experimentar outra coisa ou	“Eu penso que é assim, o grande problema de uma instituição é não ter políticas bem delineadas, ao não ter políticas, não tem objectivos, nem estratégias. E, portanto, eu acho que o grande problema é esse.	“Eu, por exemplo, eu falo por mim, eu sou enfermeira-chefe e gosto muito de estar no serviço. Só que eu já fui enfermeira-supervisora durante cinco anos, portanto, além de ser enfermeira-supervisora, fui adjunta... tenho,	“(…) no meu ponto de vista, a instituição no que concerne à enfermagem não valoriza muito, pronto. Eu penso, cada qual no seu espaço, ganha o seu espaço, que ao nível institucional não está muito valorizada e que acho que isto é		“Eu julgo que, neste momento, é o que está a acontecer... houve aí uma fase de despedir e agora estamos numa fase de não despedir. As razões, são razões estruturais, provavelmente	“Não há uma política. O hospital dá a liberdade às pessoas de... segundo a lei de poderem sair. Excepto em situações pontuais, que poderão pedir para sair. Alguns saem, mas é uma pressão perfeitamente	“Não sinto que me levantem dificuldades, uma vez que é uma decisão individual, não se indirectamente pelo facto da hierarquia estar a contar menos é um estímulo à pessoa mudar de carreira. Neste sentido, a resposta é que a

		optam por uma licença sem vencimento.”	Eu estou convencida, que eles querem que a gente vá embora. A política da instituição é para irmos embora, porque passou de ser uma instituição pública, que é, mas que passou a ter um EP. Este EP, quer dizer que... eliminem todos os funcionários públicos e vamos, ressurgir de novo. Eu não tenho dúvidas, a política é esta.”	para além do curso de enfermagem, que me dá a possibilidade de exercer as minhas funções, tenho o curso de psicologia, sou licenciatura em psicologia. Tenho pós-graduação em psicologia social e das organizações. Estou acabar o mestrado, só me falta fazer a defesa, nesta área. No entanto, eu tenho a certeza, que se eu estivesse noutro lugar, poderia dar muito mais à instituição, do que aquilo que eu dou aqui.”	uma percepção minha e que sinto, sinto muitas vezes. Por outro lado, muita gente também sai. Agora não sei se a questão é... para antecipar, saídas mais antecipadas para a reforma...”		. Porque começa-se a sentir que isto é muito mais complicado... julgo que tudo isto começou com a geração da minha época... do pós guerra, tem um nome em inglês... mas, que ao fim e ao cabo se verifica numa geração muito grande que acolheu muita capacidade de criar riqueza e permitiu que as reformas dos antecessores fossem bastante boas. Mas essa geração não teve uma continuidade, nem podia ter socialmente, isto acabaria por arrebentar pelas costuras, e já está a rebentar pelas costuras, não é. (...) Então	legítima, particular penso que não passa disso.”	política é uma política favorável ao fim. (...) Não há pela positiva, não é que haja essa política, não é uma política de estímulo, de incentivo à hierarquia e à idade.”

							essa geração criou uma expectativa que não vai poder existir, porque no futuro vem uma geração mais reduzida e que não vai ter capacidade, em termos de riqueza, de produzir tanto. E, além do mais não vão ser eles como é que vão distribuir a riqueza [risos]. Isto cria uma situação de... as próximas reformas não vão existir.”		
	Considera que nesta organização existe alguma forma de discriminação em função da idade?	“Discriminam ... bom, isso é uma pergunta muito complicada. (...) Acho que dentro desta instituição os veteranos são respeitados pelos seus conhecimentos. Isso é ponto assente, são respeitados pelos seus			“Isto é assim, que as pessoas continuam nos serviços independentemente da idade que têm. A não ser que isso apareça, o hospital não tem uma política que diga que a partir de X idade, as pessoas com mais idade vão mudar por certas funções.”			“Tem-se falado de discriminação. Se houver um extremamente diferenciado... mas se for uma pessoa normal, penso que não haverá discriminação. Se ele estiver actualizado profissionalmente, penso que não haverá discriminação.”	“Há pessoas de uma certa idade que, se calhar, já se encostavam, mas se calhar já estão encostados há mais do que tempo! Aqui na medicina, é difícil dar uma resposta global, mas eu acho que somos respeitados.”

		conhecimentos, pelo grau acadêmico que exercem, ou pelo posto de trabalho que exercem são respeitados.”							

ANEXO 7

Notas sobre as entrevistas exploratórias

Da análise das entrevistas exploratórias realizadas a académicos resultaram três principais dimensões de análise:

- trajetória profissional no mercado de trabalho, com foco nas representações e práticas sobre a gestão da idade;
- posição face ao prolongamento temporal da atividade profissional;
- expectativas e aspirações futuras, nomeadamente no que concerne à opção pelo envelhecimento ativo ou aposentação.

Cada um destes tópicos foi, ainda, dividido em subtópicos.

Na posterior análise do conteúdo das entrevistas realizadas foram definidas dimensões e subdimensões analíticas. O primeiro tópico de discussão teve como subtópico as *representações individuais face à idade e importância do fator idade no desempenho da atividade laboral*. Na sua análise foram consideradas as seguintes dimensões e subdimensões: *idade*, tanto numa ótica *positiva* como *negativa*; *experiência*; *desgaste*, sob uma perspetiva *negativa*; *reconhecimento social*, enquanto atitude *positiva*.

Observamos que os discursos acerca da idade convergem em torno da experiência e da sua importância para o exercício das funções dos profissionais de saúde. Contudo, se entre os médicos a questão da idade é encarada em termos de uma esfera de acumulação de conhecimentos e capital social, entre os enfermeiros, apesar de se valorizar o conhecimento adquirido com a idade, o desgaste físico relacionado com o tipo de funções que exercem é tido como o elemento mais salientado. Neste contexto, a referência mais acentuada foi para a importância do trabalho em equipa, sobretudo se etariamente equitativas, aspeto mais acentuado pelos enfermeiros. Importa acrescentar que neste processo de representações face ao fator idade no exercício profissional, se destacou a formação do reconhecimento social dos grupos profissionais, sendo que esta questão extravasa o mero debate em torno da questão da idade.

O segundo subtópico prendeu-se com as *representações face à atividade laboral e situação na profissão*. Foram consideradas as seguintes dimensões de análise: *grau de satisfação*; *perceção atual face à prática laboral*; *relação entre os setores privados e público*; *representações face ao outro grupo profissional em análise*. Das entrevistas realizadas registamos que a instabilidade e a precariedade marcam de forma diferenciada os dois grupos profissionais em estudo. Ainda que ambos atravessem ou

tenham atravessado processos de reestruturação da carreira, no caso dos médicos é a conciliação com atividades paralelas à atividade no hospital público a dimensão que mais se destaca. No caso dos enfermeiros, a formação de uma identidade e autonomia da enfermagem face ao trabalho do médico é uma das dimensões enfatizadas.

O terceiro subtópico relacionou-se com as *representações face à trajetória profissional*. Na sua análise foram consideradas duas dimensões: *retrospectiva da trajetória profissional*; *expectativas face ao futuro da prática profissional*, numa ótica *positiva*. Tal como referido acima, os processos de transformação na carreira profissional afetam as perspetivas dos dois grupos face às expectativas futuras, ainda que estas sejam encaradas com uma aparente maior serenidade entre os médicos. Este posicionamento reflete-se num desgaste face ao exercício das suas funções que, principalmente entre os enfermeiros, implica a ponderação do pedido de reforma antecipada.

O segundo tópico de discussão, a *posição face ao prolongamento da atividade profissional*, teve como primeiro subtópico as *representações face às alterações legislativas promotoras do prolongamento da atividade laboral*. A sua análise foi feita segundo as seguintes dimensões: *conhecimento das alterações legislativas*; *posicionamento face às alterações legislativas*, podendo este ser *positivo* ou *negativo*; *instituições que deveriam participar na elaboração de medidas legislativas*.

Quando questionados acerca das alterações legislativas que se têm vindo a desenhar ao longo dos últimos anos no enquadramento do processo de transição à reforma, observamos uma certa unanimidade entre os dois grupos profissionais em torno da questão da gestão das expectativas e da gestão de toda uma carreira contributiva entretanto realizada. Se para uns a instabilidade conduz à decisão de saída, antes que se percam mais benefícios sociais, para outros, principalmente entre os médicos, esta pode ser encarada como uma «oportunidade» para a continuação, ainda que assente no pilar da satisfação profissional. No que concerne ao debate e implementação destas medidas legislativas destaca-se a necessidade de um debate horizontal e não apenas vertical. Este domínio de diferente nível de institucionalização e reconhecimento de cada um dos grupos profissionais pode afirmar-se como um importante vetor de análise.

O segundo subtópico de análise prendeu-se com as *representações face à organização hospitalar*. Foram aqui consideradas as seguintes dimensões: *transformações na organização*, seja numa avaliação *positiva* ou *negativa*; *políticas de*

gestão da idade, perspetivadas sob uma ótica *positiva* ou *negativa*; *discriminação com base na idade (idadismo)*.

A introdução de equipas de gestão especializadas na direção dos hospitais e as medidas que visam o controlo dos profissionais e racionalização na alocação dos recursos é vista com alguma desconfiança por ambos os grupos profissionais. Contudo, entre os enfermeiros as medidas que contribuem para a separação orgânica entre o hospital e a faculdade apenas podem atuar para o melhor funcionamento dos diferentes serviços no hospital.

Os planos e acordos de transição gradual para a reforma são tidos, por ambos os grupos profissionais de forma positiva. A valorização do conhecimento e da experiência deveria, segundo médicos e enfermeiros, ser reconhecida. O *expert*, já reformado, continuaria a sua colaboração com hospital como assessor ou numa figura jurídica que pudesse ser criada.

No que concerne à discriminação com base na idade, os entrevistados preferem salientar o respeito pelos mais velhos, aspeto sobretudo salientado pelos médicos, não obstante a referência ao funcionamento estritamente burocrático da organização, que não valoriza, mas também não discrimina, o profissional de saúde com base na sua idade.

O terceiro tópico de discussão, *expectativas e aspirações futuras, envelhecimento ativo ou aposentação*, teve como primeiro subtópico as *representações face ao envelhecimento*. Neste, foram consideradas as seguintes dimensões: *relação entre as diferentes gerações; envelhecimento individual*, concretamente com as *alterações advindas com a idade*.

A necessidade de criação de equipas etariamente equilibradas foi maioritariamente referida pelos enfermeiros. Registamos ainda a referência a um conjunto de valores e preocupações que são partilhadas por profissionais na mesma fase da vida e que, para estes, devem ser reequilibrados com a vitalidade e força física dos mais jovens.

No caso dos médicos, estes preferiram realçar as alterações que se esperam que o novo estatuto da carreira médica traga. Ainda a competitividade entre gerações destaca-se como um dos tópicos dominantes, num contexto de controlo mais apertado ao exercício da prática por parte das administrações dos hospitais.

Foi ainda referido um conjunto de atividades físicas e de carga horária que colocam mais dificuldades aos profissionais mais velhos. O trabalho por turnos e o serviço de urgência foram apontados como os mais pesados.

O segundo subtópico refere-se às *representações face à aposentação*. Este foi analisado segundo as seguintes dimensões: *tomada da decisão*, considerando-se aqui a posição daqueles que, na altura, *já tinham tomado a sua decisão* ou, pelo contrário, *ainda não o tinham feito*; *expectativas face à aposentação*; *atividade profissional após a aposentação*.

No caso dos enfermeiros encontrámos, na grande maioria dos casos, profissionais que nos últimos anos da sua vida profissional idealizam fortemente como vai ser o seu tempo de reforma. Sobressaem atividades de dedicação à família e a realização de atividades que uma carreira exigente em termos de horário por turnos e muito desgastante do ponto de vista físico não permitiu fazer. No caso dos médicos, a maior parte daqueles que manifestaram intenção de aposentação antecipada fazem-no com o intuito de trabalhar mais alguns anos no setor privado, prática mais compensadora do ponto de vista financeiro. A valorização do conhecimento, em grupos profissionais altamente qualificados e cujos profissionais fizeram um grande investimento ao longo da vida em formação, afirma-se como um fator importante na possível extensão da colaboração profissional para além do momento de passagem à reforma. A consultadoria ou a criação da figura de um *expert*, como referido acima, é salientada por ambos os grupos profissionais.

Da análise da entrevista realizada a um antigo responsável político evidenciaram-se também várias dimensões de análise. A primeira refere-se ao **envelhecimento ativo**. Para o entrevistado este é um eufemismo para um aumento da idade da reforma, ainda que não seja pacífico que tal implique necessariamente uma maior sustentabilidade do sistema, uma vez que não se prevê um aumento substancial da população ativa que alimente financeiramente esse mesmo sistema. Acrescenta que este facto fará coincidir o emprego dos mais velhos com o desemprego dos mais novos num cenário em que as prestações de desemprego são mais elevadas que as reformas. Uma segunda dimensão prende-se com os ganhos da esperança média de vida que, para o entrevistado, são mais individuais do que económicos, uma vez que os indivíduos ganham o direito a viver mais e não a trabalhar mais. Em terceiro lugar, defendeu a importância da reforma parcial, nomeadamente pela possibilidade de aos 60/62 anos os trabalhadores poderem manter o seu trabalho com uma diminuição da carga horária,

ocorrendo a poupança não na penalização da reforma mas na sua participação. Uma quarta dimensão associa-se às características dos profissionais que optam pela aposentação. Para o entrevistado, os profissionais de saúde que regra geral optam pela reforma antecipada passam a exercer funções no setor privado de saúde, financeiramente mais compensador. Este facto vai, de resto, ao encontro do referido pelos médicos entrevistados. Este fenómeno não só implica a saída de profissionais do SNS mas, para o entrevistado, são sobretudo os mais qualificados que se reformam antecipadamente, o que se traduz numa perda mais significativa. Para estes, as oportunidades decorrentes da sua saída são maiores do que aquelas associadas à manutenção. Remata este aspeto afirmando que o problema da inatividade passa a ser dormente. Por fim, uma quinta dimensão refere-se à sua crença de que os problemas que se colocam atualmente podem-se resumir no conceito da sustentabilidade, tanto ao nível do sistema de pensões, de resto o mais discutido, como do sistema de cuidados de saúde que, na sua opinião, constitui o verdadeiro “monstro” e o principal desafio aos Estados.

ANEXO 8

Inquérito por questionário aos médicos

PEDIDO DE COLABORAÇÃO

Exmos. Srs.

No âmbito de um trabalho de investigação para a obtenção do grau de doutoramento em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sobre as **representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João E.P.E e H. Sto. António E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional**. Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia e com a referência SFRH / BD / 49175 / 2008.

Pretende-se com o estudo um conhecimento aprofundado e fino sobre as razões da tomada de decisão face ao prolongamento temporal da actividade profissional na organização hospitalar em que está inserido ou, pelo contrário, pela saída da mesma por aposentação.

De modo a obter-se um conjunto amplo de elementos informativos para a nossa investigação vimos solicitar a colaboração de V. Exas, através da resposta a **todas** as questões do presente inquérito.

Para o efeito, agradecemos que o faça no prazo máximo de **oito dias**, após a sua recepção.

Os dados obtidos encontram-se cobertos pelas regras do sigilo e da não identificação das fontes. Os resultados finais do estudo serão objecto de divulgação.

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-nos para o seguinte e-mail: mnferreira@letras.up.pt ou através do número de telemóvel 919 30 35 02.

Tomaremos a iniciativa de o contactar para resolver a dúvida em causa. Desde já Informamos V. Exas. de que a aplicação deste inquérito está autorizada pelo Conselho de Administração após parecer favorável da Comissão de Ética desta organização hospitalar.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Apresentamos os nossos cumprimentos,

A Investigadora Responsável do Projecto
Mestre Mariana Ferreira

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Com este questionário pretende-se conhecer as **representações e práticas dos grupos profissionais da saúde**, médicos, enfermeiros **com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João E.P.E e H. Sto. António E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional**. Este inquérito enquadra-se no âmbito de um trabalho de investigação para a obtenção do grau de doutoramento em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia e com a referência SFRH / BD / 49175 / 2008.

Na sequência da carta que enviamos em anexo, consideramos que a sua colaboração na presente investigação é indispensável e muito importante para a concretização do objectivo enunciado.

Agradecemos que responda a todas as questões do presente inquérito no prazo máximo de **oito dias** após a sua recepção.

Os dados obtidos encontram-se cobertos pelas regras do sigilo e da não identificação das fontes. Os resultados finais do estudo serão objecto de divulgação.

Assinale as suas respostas com um **X**. Em algumas perguntas é para assinalar apenas uma resposta, noutras pode escolher mais do que uma resposta, e ainda noutras solicitamos que responda a questões abertas.

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-nos para o seguinte e-mail: mnferreira@letras.up.pt Tomaremos a iniciativa de o contactar para resolver a dúvida em causa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração para a resposta às questões que irão ser apresentadas.

Unidade de Saúde

Hospital Geral de São João/ E.P.E.	
Hospital Geral de Santo António/ E.P.E.	

Grupo Profissional

Enfermeiro(a)	
Médico(a)	

Começamos o presente inquérito por lhe solicitar um conjunto de informações de natureza sociodemográfica.

1- Sexo:

Masculino	
Feminino	

2- Idade:

3- Estado Civil

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

4- Nacionalidade

Portuguesa	
Outra	

Qual? _____

5- Concelho de residência

6- Habilitações académicas

Graus	Ano(s) de conclusão	Área(s)/Domínio científico
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

7- No caso de se aplicar, indique a(s) principal(ais) razão(ões) para a obtenção do grau de:

Doutoramento	

8- Indique, por favor, o nível de escolaridade completo do seu cônjuge (no caso de ser casado ou viver em união de facto, de acordo com a resposta obtida na pergunta 3) e dos seus pais:

	Cônjuge	Pai	Mãe
8.1 - Ensino Básico 1º ciclo (ensino primário ou 4ª classe); 2º ciclo (ensino preparatório ou equivalente) ou 3º ciclo (9º ano, antigo 5º ano do liceu, curso comercial, industrial ou equivalente)			
8.2 - Ensino Secundário (12º ano, propedêutico, curso liceal, antigo 7º ano do liceu ou equivalente)			
8.3 – Ensino Superior			

9- Indique, por favor, a condição perante o trabalho do seu cônjuge (no caso de ser casado ou viver em união de facto, de acordo com a resposta obtida na pergunta 3) e dos seus pais (no caso de terem falecido ou estarem reformados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

	Cônjuge	Pai	Mãe
9.1 – Empregado (a)			
9.2 – Desempregado(a)			
9.3 – Doméstico(a)			
9.4 – Aposentado(a)			
9.5 – Incapacitado(a) para o trabalho			

10 – No caso de exercerem uma profissão a tempo inteiro, indique-a por favor (no caso de terem falecido ou estarem aposentados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

Cônjuge _____

Pai _____

Mãe _____

11- Indique a situação laboral do seu cônjuge e dos seus pais (no caso de terem falecido ou estarem aposentados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

	Cônjuge	Pai	Mãe
11.1- Patrão			
11.2- Trabalhador por conta própria			
11.3 - Trabalhador por conta de outrem			
11.4 – Trabalhador familiar não-remunerado			

Na segunda parte deste inquérito, vamos solicitar-lhe um conjunto de informações sobre a sua trajectória profissional.

12 - Indique, por favor, o ano em que começou a exercer a sua actividade enquanto médico (a): _____

13 - Em que tipo de organização de saúde iniciou a sua carreira?

Hospital		Qual?
Outra		

14 - Indique, por favor, qual a sua especialidade profissional actual:

15 - Indique, por favor, qual a sua posição actual na carreira:

Carreira médica	
Assistente	
Assistente graduado	
Assistente graduado sénior	

16 - Indique, por favor, há quantos anos exerce a sua actividade profissional neste hospital:

17 - Indique, por favor, qual a sua modalidade de relação contratual com hospital:

Exclusividade	
Tempo integral	
Tempo parcial	
Tarefa	

18- Exerce algum tipo de actividade em regime cumulativo (regime público/privado)?

Sim	
Não	

18.1- Se sim, indique qual:

18.2 – Para além da prestação de cuidados de saúde, indique, por favor, se exerce alguma das seguintes actividades:

	Sim	Não
Docência		
Investigação		
Consultadoria		
Clínica privada		

19 - Indique, por favor, qual a média de horas semanais na totalidade de tarefas exercidas? _____

20 - Tendo por base o conjunto de actividades assinaladas acima, indique o número de horas aproximado dispendido em cada actividade por semana:

	Indicar a actividade	Nº de horas dispendido nessa(s) actividade(s) por semana
Actividade 1		
Actividade 2		
Actividade 3		
Actividade 4		

21 - Na sua opinião, qual o grau de adequação entre a sua idade e a actividade profissional que exerce? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **nada adequado** e **4** significa **muito adequado**.

Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
1	2	3	4

Na terceira parte deste inquérito, solicitamos-lhe informações relativas ao grau de satisfação face à sua actividade profissional.

22 - Indique o seu grau de satisfação face ao seu emprego actual, quanto a cada um dos itens que se seguem. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito insatisfeito** e **4** significa **muito satisfeito**.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
	1	2	3	4
22.1 - Relação com os colegas de profissão				
22.2 - Relação com outros profissionais (enfermeiros))				
22.3 - Relação com os superiores hierárquicos				
22.4 - Autonomia e iniciativa na execução do seu trabalho				
22.5 - Desenvolvimento das suas competências profissionais				
22.6 - Progressão na carreira				
22.7 - Frequência de acções de actualização científica				
22.8 - Variedade de tarefas realizadas				
22.9 - Remuneração				
22.10 - Participação na tomada de decisões				
22.11 - Condições físicas e equipamento do local de trabalho				
22.12 - Reconhecimento da Direcção do hospital				

23 - Como avalia, globalmente, o seu grau de satisfação profissional? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito insatisfeito** e **4** significa **muito satisfeito**.

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4

Estamos na quarta parte deste inquérito e pretendemos conhecer a sua opinião sobre a sua profissão.

24 – Quais os dois principais atributos para o exercício da sua profissão?

24.1 - _____

24.2 - _____

25 - Qual o grau de importância que tem cada um dos itens para a sua actividade profissional? Responda por favor utilizando esta escala em que **1** significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
	1	2	3	4
25.1 - Formação académica de base				
25.2 - Permanente actualização científica e técnica				
25.3 - Experiência profissional				
25.4 - Vontade de ajudar os pacientes				
25.5 - Relação com os pacientes				
25.6 - Sensibilidade para o entendimento do paciente				
25.7 - Capacidade de análise e de resolução dos problemas				
25.8 - Respeito pelas regras deontológicas				
25.9 - Cumprimento das directivas existentes ao nível do serviço				

26- Considerando as recentes alterações legislativas introduzidas na carreira médica, quais os aspectos que destaca como **mais positivos**?

1 _____

2 _____

3 _____

27- Considerando as recentes alterações legislativas introduzidas na carreira médica, quais os aspectos que destaca como **mais negativos**?

1 _____

2 _____

3 _____

28- Utilizando a seguinte escala, como avalia a defesa dos interesses da sua classe profissional em geral?

Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito mau** e **4** significa **muito bom**.

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

29 - Utilizando a seguinte escala, como avalia o papel das instâncias que representam os interesses da sua classe profissional na condução do processo de reestruturação da sua carreira? Responda por favor utilizando esta escala em que **1** significa **muito má** e **4** significa **muito boa**.

29.1 – Sindicatos:

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

29.2 – Ordem:

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

Na quinta parte deste inquérito pretendemos conhecer a sua opinião face à categoria profissional dos enfermeiros.

30- Qual a importância que atribui aos enfermeiros para a sua actividade profissional? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.

Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
1	2	3	4

31 - Da seguinte lista, indique, por favor, qual o atributo que mais valoriza na acção do enfermeiro no processo de diagnóstico e acompanhamento de todo o processo de doença, em contexto hospitalar? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.

	Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
	1	2	3	4
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente				
Interesse pelo histórico do paciente				
Proximidade no acompanhamento				
Conhecimento técnico-científico				
Experiência profissional				

32 - Da seguinte lista, indique, por favor, quais os atributos que podem ficar **mais comprometidos** num enfermeiro à medida que vai envelhecendo?

	Sim	Não
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente		
Interesse pelo histórico do doente		
Proximidade no acompanhamento		
Conhecimento técnico-científico		

33 - Da seguinte lista indique, por favor, quais os atributos que podem ficar **mais preservados** num enfermeiro à medida que vai envelhecendo?

	Sim	Não
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente		
Interesse pelo histórico do doente		
Proximidade no acompanhamento		
Conhecimento técnico-científico		

Na sexta parte deste inquérito, dê-nos por favor a sua opinião, sobre a organização hospitalar em que exerce a sua actividade profissional.

34 – Globalmente, como avalia as transformações ocorridas ao longo dos últimos dez anos ao nível da gestão hospitalar? Assinale apenas uma opção.

Muito positivas	
Positivas	
Negativas	
Muito negativas	
Foram medidas necessárias	

35 - Tem conhecimento da legislação actual sobre a passagem para a aposentação?

Sim	
Não	

36 - Quais considera serem os principais impactos destas transformações, no exercício da sua actividade profissional?

37 - Considera que existem situações, no seio da sua organização hospitalar, de discriminação positiva ou negativa face à idade? Assinale apenas uma opção.

Sim, discriminação positiva	
Sim, discriminação negativa	
Não	

37.1 – Por favor, dê-nos um exemplo:

Estamos na sétima parte deste inquérito e pretendemos informações sobre a sua opinião face à sua idade, ao seu processo de envelhecimento, às suas expectativas e aspirações futuras.

38 - As questões que se seguem abordam o estatuto dos trabalhadores mais velhos no seio das organizações hospitalares. Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a opção que melhor corresponde ao que pensa. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
38.1 - Os trabalhadores mais velhos são mais leais às instituições.				
38.2 - Os trabalhadores mais velhos são mais resistentes à mudança.				
38.3 - A experiência é decisiva na prestação de cuidados de saúde.				
38.4 - No domínio da saúde é fundamental a existência de equipas heterogéneas em termos etários.				
38.5 - Os trabalhadores mais velhos devem ser os primeiros a ser dispensados num contexto de reestruturação organizacional.				
38.6 - As doenças ocupacionais têm uma maior prevalência entre os trabalhadores mais velhos.				
38.7 - Os trabalhadores mais velhos devem tendencialmente ocupar posições de orientação/ensino.				
38.8 - Os trabalhadores mais velhos têm um nível mais elevado de abstinência ao trabalho que os mais jovens.				
38.9 - A gestão das organizações hospitalares é discriminatória face aos trabalhadores mais velhos.				

39 - Das seguintes medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (com idades entre os 55 - 65 e mais anos), qual o seu grau de concordância? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
Redução do horário de trabalho a partir de determinada idade				
Possibilidade de auferir de uma pensão parcial cumulativa com uma remuneração de um trabalho a tempo parcial				

40 - Considera que não deveria existir uma idade legalmente estipulada para a aposentação?

Sim	
Não	

41 - Considera correcto que, em caso de necessidade, se tiver que dispensar trabalhadores, as organizações hospitalares deveriam **dispensar** em primeiro lugar os trabalhadores mais velhos?

Sim	
Não	

42 - Considera correcto que, em caso de necessidade, se tiver que dispensar trabalhadores, as organizações hospitalares deveriam **preservar** em primeiro lugar os trabalhadores mais velhos?

Sim	
Não	

43 - Qual a idade em que tenciona aposentar-se?

44 - Se lhe fosse permitido, pediria, no momento presente a sua aposentação?

Sim	
Não	

44.1 - Se sim, porquê?	Sim	Não
Pelo exercício da actividade		
Pelas constantes transformações legislativas no que concerne ao acesso à aposentação		
Pelas transformações legislativas ocorridas ao nível da carreira		
Pelas transformações ao nível da estrutura hospitalar em que se encontra inserido		
Possibilidade de desenvolvimento de outros projectos pessoais ou profissionais após a aposentação		

44.2 - Se não, porquê?	Sim	Não
Pelo exercício da actividade		
Pela penalização de rendimentos		
(Re)investimento recente na formação científica		
Sentimento de valorização no seio da organização hospitalar		
Recusa da situação de inactividade no seio da sociedade		

45 – Em caso de saída antecipada face à idade legal estipulada para a aposentação, qual o intervalo máximo de penalização que considera razoável sofrer?

Entre _____ % e _____ %.

Chegamos à última parte deste inquérito. Solicitamos-lhe agora a sua opinião relativamente às medidas das políticas públicas do sector da saúde face à sua categoria profissional.

46 - Qual a sua posição face ao regime actual que possibilita aos médicos aposentados continuarem o exercício da sua actividade profissional no sector público? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** **4** significa **concordância total**.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

47- Concorda com a possibilidade das pessoas poderem ter uma pensão social parcial, i.e., trabalhar a tempo parcial recebendo apenas uma parte da pensão? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

48 - As questões que se seguem prendem-se com a acção do governo no que concerne às políticas globais de gestão das pensões. Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a opção que melhor corresponde ao que pensa. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
48.1 - O governo deveria aumentar a idade legal de reforma				
48.2 - O governo deveria limitar o montante máximo das pensões				
48.3 - As regras de passagem para a aposentação deveriam vigorar durante um período mais alargado de tempo				
48.4 - O governo deveria criar medidas que protegessem os trabalhadores com mais de 55 anos				
48.5 - O governo deveria apoiar as organizações com trabalhadores com mais de 55 anos				
48.6 - O governo deveria apoiar regimes transitórios de passagem à reforma, como é o caso do emprego e aposentação a tempo parcial				
48.7 - O governo deveria criar e apoiar medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados				

49 – Na sua opinião, quais as medidas políticas que o governo deveria implementar no sector da saúde para benefício específico dos trabalhadores com mais de 55 anos da sua categoria profissional?

O questionário terminou. Muito obrigado pela sua participação!

ANEXO 9

Inquérito por questionário aos enfermeiros

PEDIDO DE COLABORAÇÃO

Exmos. Srs.

No âmbito de um trabalho de investigação para a obtenção do grau de doutoramento em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, sobre as **representações e práticas dos grupos profissionais da saúde, médicos e enfermeiros com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João E.P.E e H. Sto. António E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional**. Projecto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia e com a referência SFRH / BD / 49175 / 2008.

Pretende-se com o estudo um conhecimento aprofundado e fino sobre as razões da tomada de decisão face ao prolongamento temporal da actividade profissional na organização hospitalar em que está inserido ou, pelo contrário, pela saída da mesma por aposentação.

De modo a obter-se um conjunto amplo de elementos informativos para a nossa investigação vimos solicitar a colaboração de V. Exas, através da resposta a **todas** as questões do presente inquérito.

Para o efeito, agradecemos que o faça no prazo máximo de **oito dias**, após a sua recepção.

Os dados obtidos encontram-se cobertos pelas regras do sigilo e da não identificação das fontes. Os resultados finais do estudo serão objecto de divulgação.

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-nos para o seguinte e-mail: mnferreira@letras.up.pt ou através do número de telemóvel 919 30 35 02.

Tomaremos a iniciativa de o contactar para resolver a dúvida em causa. Desde já Informamos V. Exas. de que a aplicação deste inquérito está autorizada pelo Conselho de Administração após parecer favorável da Comissão de Ética desta organização hospitalar.

Agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Apresentamos os nossos cumprimentos,

A Investigadora Responsável do Projecto
Mestre Marianela Ferreira

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

Com este questionário pretende-se conhecer as **representações e práticas dos grupos profissionais da saúde**, médicos, enfermeiros **com idade compreendida entre os 55 e 65 anos, de dois hospitais centrais da cidade do Porto (H. S. João E.P.E e H. Sto. António E.P.E.) relativas ao prolongamento temporal da actividade profissional**. Este inquérito enquadra-se no âmbito de um trabalho de investigação para a obtenção do grau de doutoramento em Sociologia pela Faculdade de Letras da Universidade do Porto, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia do Ministério da Ciência e Tecnologia e com a referência SFRH / BD / 49175 / 2008.

Na sequência da carta que enviamos em anexo, consideramos que a sua colaboração na presente investigação é indispensável e muito importante para a concretização do objectivo enunciado.

Agradecemos que responda a todas as questões do presente inquérito no prazo máximo de **oito dias** após a sua recepção.

Os dados obtidos encontram-se cobertos pelas regras do sigilo e da não identificação das fontes. Os resultados finais do estudo serão objecto de divulgação.

Assinale as suas respostas com um **X**. Em algumas perguntas é para assinalar apenas uma resposta, noutras pode escolher mais do que uma resposta, e ainda noutras solicitamos que responda a questões abertas.

Em caso de dúvida, não hesite em contactar-nos para o seguinte e-mail: mnferreira@letras.up.pt Tomaremos a iniciativa de o contactar para resolver a dúvida em causa.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração para a resposta às questões que irão ser apresentadas.

Unidade de Saúde

Hospital Geral de São João/ E.P.E.	
Hospital Geral de Santo António/ E.P.E.	

Grupo Profissional

Enfermeiro(a)	
Médico(a)	

Começamos o presente inquérito por lhe solicitar um conjunto de informações de natureza sociodemográfica.

3- Sexo:

Masculino	
Feminino	

4- Idade:

5- Estado Civil

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

6- Nacionalidade

Portuguesa	
Outra	

Qual? _____

5- Concelho de residência

6- Habilitações académicas

Graus	Ano(s) de conclusão	Área(s)/Domínio científico
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

7- No caso de se aplicar, indique a(s) principal(ais) razão(ões) para a obtenção do grau de:

Doutoramento	

8- Indique, por favor, o nível de escolaridade completo do seu cônjuge (no caso de ser casado ou viver em união de facto, de acordo com a resposta obtida na pergunta 3) e dos seus pais:

	Cônjuge	Pai	Mãe
8.1 - Ensino Básico 1º ciclo (ensino primário ou 4ª classe); 2º ciclo (ensino preparatório ou equivalente) ou 3º ciclo (9º ano, antigo 5º ano do liceu, curso comercial, industrial ou equivalente)			
8.2 - Ensino Secundário (12º ano, propedêutico, curso liceal, antigo 7º ano do liceu ou equivalente)			
8.3 - Ensino Superior			

9- Indique, por favor, a condição perante o trabalho do seu cônjuge (no caso de ser casado ou viver em união de facto, de acordo com a resposta obtida na pergunta 3) e dos seus pais (no caso de terem falecido ou estarem reformados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

	Cônjuge	Pai	Mãe
9.1 – Empregado (a)			
9.2 – Desempregado(a)			
9.3 – Doméstico(a)			
9.4 – Aposentado(a)			
9.5 – Incapacitado(a) para o trabalho			

10 – No caso de exercerem uma profissão a tempo inteiro, indique-a por favor (no caso de terem falecido ou estarem aposentados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

Cônjuge _____

Pai _____

Mãe _____

11- Indique a situação laboral do seu cônjuge e dos seus pais (no caso de terem falecido ou estarem aposentados, tenha por quadro de referência a sua última profissão):

	Cônjuge	Pai	Mãe
11.1 - Patrão			
11.2 - Trabalhador por conta própria			
11.3 - Trabalhador por conta de outrem			
11.4 - Trabalhador familiar não-remunerado			

Na segunda parte deste inquérito, vamos solicitar-lhe um conjunto de informações sobre a sua trajectória profissional.

12 - Indique, por favor, o ano em que começou a exercer a sua actividade enquanto enfermeiro (a): _____

13 - Em que tipo de organização de saúde iniciou a sua carreira?

Hospital		Qual? _____
Outra		

14 - Indique, por favor, qual a sua especialidade profissional actual:

15 - Indique, por favor, qual a sua posição actual na carreira:

Carreira de enfermagem	
Enfermeiro	
Enfermeiro principal	

16 - Indique, por favor, há quantos anos exerce a sua actividade profissional neste hospital:

17 - Indique, por favor, qual a sua modalidade de relação contratual com hospital:

Exclusividade	
Tempo integral	
Tempo parcial	
Tarefa	

18- Exerce algum tipo de actividade em regime cumulativo (regime público/privado)?

Sim	
Não	

18.1- Se sim, indique qual:

18.2 – Para além da prestação de cuidados de saúde, indique, por favor, se exerce alguma das seguintes actividades:

	Sim	Não
Docência		
Investigação		
Consultadoria		
Clínica privada		

19 - Indique, por favor, qual a média de horas semanais na totalidade de tarefas exercidas? _____

20 - Tendo por base o conjunto de actividades assinaladas acima, indique o número de horas aproximado dispendido em cada actividade por semana:

	Indicar a actividade	Nº de horas dispendido nessa(s) actividade(s) por semana
Actividade 1		
Actividade 2		
Actividade 3		
Actividade 4		

21 - Na sua opinião, qual o grau de adequação entre a sua idade e a actividade profissional que exerce? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **nada adequado** e **4** significa **muito adequado**.

Nada adequado	Pouco adequado	Adequado	Muito adequado
1	2	3	4

Na terceira parte deste inquérito, solicitamos-lhe informações relativas ao grau de satisfação face à sua actividade profissional.

22 - Indique o seu grau de satisfação face ao seu emprego actual, quanto a cada um dos itens que se seguem. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito insatisfeito** e **4** significa **muito satisfeito**.

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito insatisfeito
	1	2	3	4
22.1 - Relação com os colegas de profissão				
22.2 - Relação com outros profissionais (médicos)				
22.3 - Relação com os superiores hierárquicos				
22.4 - Autonomia e iniciativa na execução do seu trabalho				
22.5 - Desenvolvimento das suas competências profissionais				
22.6 - Progressão na carreira				
22.7 - Frequência de acções de actualização científica				
22.8 - Variedade de tarefas realizadas				
22.9 - Remuneração				
22.10 - Participação na tomada de decisões				
22.11 - Condições físicas e equipamento do local de trabalho				
22.12 - Reconhecimento da Direcção do hospital				

23 - Como avalia, globalmente, o seu grau de satisfação profissional? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito insatisfeito** e **4** significa **muito satisfeito**.

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4

Estamos na quarta parte deste inquérito e pretendemos conhecer a sua opinião sobre a sua profissão.

24 – Quais os dois principais atributos para o exercício da sua profissão?

24.1 - _____

24.2 - _____

25 - Qual o grau de importância que tem cada um dos itens para a sua actividade profissional? Responda por favor utilizando esta escala em que **1** significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
	1	2	3	4
25.1 - Formação académica de base				
25.2 - Permanente actualização científica e técnica				
25.3 - Experiência profissional				
25.4 - Vontade de ajudar os pacientes				
25.5 - Relação com os pacientes				
25.6 - Sensibilidade para o entendimento do paciente				
25.7 - Capacidade de análise e de resolução dos problemas				
25.8 - Respeito pelas regras deontológicas				
25.9 - Cumprimento das directivas existentes ao nível do serviço				

26 - Considerando as recentes alterações legislativas introduzidas na carreira de enfermagem, quais os aspectos que destaca como **mais positivos**?

1 _____

2 _____

3 _____

27 - Considerando as recentes alterações legislativas introduzidas na carreira de enfermagem, quais os aspectos que destaca como **mais negativos**?

1 _____

2 _____

3 _____

28 - Utilizando a seguinte escala, como avalia a defesa dos interesses da sua classe profissional em geral?

Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **muito mau** e **4** significa **muito bom**.

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

29 - Utilizando a seguinte escala, como avalia o papel das instâncias que representam os interesses da sua classe profissional na condução do processo de reestruturação da sua carreira? Responda por favor utilizando esta escala em que **1** significa **muito má** e **4** significa **muito boa**.

29.1 – Sindicatos:

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

29.2 – Ordem:

Muito má	Má	Boa	Muito boa
1	2	3	4

Na quinta parte deste inquérito pretendemos conhecer a sua opinião face à categoria profissional dos médicos.

30 - Qual a importância que atribui aos médicos para a sua actividade profissional?
Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.

Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
1	2	3	4

31 - Da seguinte lista, indique, por favor, qual o atributo que mais valoriza na acção do médico no processo de diagnóstico e acompanhamento de todo o processo de doença, em contexto hospitalar? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1 significa **nada importante** e **4** significa **muito importante**.**

	Nada importante	Pouca importância	Importante	Muito importante
	1	2	3	4
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente				
Interesse pelo histórico do paciente				
Proximidade no acompanhamento				
Conhecimento técnico-científico				
Experiência profissional				

32 - Da seguinte lista, indique, por favor, quais os atributos que podem ficar **mais comprometidos num médico à medida que vai envelhecendo?**

	Sim	Não
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente		
Interesse pelo histórico do doente		
Proximidade no acompanhamento		
Conhecimento técnico-científico		

33 - Da seguinte lista indique, por favor, quais os atributos que podem ficar **mais preservados num médico à medida que vai envelhecendo?**

	Sim	Não
Comunicação objectiva no acompanhamento ao paciente		
Interesse pelo histórico do doente		
Proximidade no acompanhamento		
Conhecimento técnico-científico		

Na sexta parte deste inquérito, dê-nos por favor a sua opinião, sobre a organização hospitalar em que exerce a sua actividade profissional.

34 – Globalmente, como avalia as transformações ocorridas ao longo dos últimos dez anos ao nível da gestão hospitalar? Assinale apenas uma opção.

Muito positivas	
Positivas	
Negativas	
Muito negativas	
Foram medidas necessárias	

35 - Tem conhecimento da legislação actual sobre a passagem para a aposentação?

Sim	
Não	

36 - Quais considera serem os principais impactos destas transformações, no exercício da sua actividade profissional?

37 - Considera que existem situações, no seio da sua organização hospitalar, de discriminação positiva ou negativa face à idade? Assinale apenas uma opção.

Sim, discriminação positiva	
Sim, discriminação negativa	
Não	

37.1 – Por favor, dê-nos um exemplo:

Estamos na sétima parte deste inquérito e pretendemos informações sobre a sua opinião face à sua idade, ao seu processo de envelhecimento, às suas expectativas e aspirações futuras.

38 - As questões que se seguem abordam o estatuto dos trabalhadores mais velhos no seio das organizações hospitalares. Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a opção que melhor corresponde ao que pensa. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
38.1 - Os trabalhadores mais velhos são mais leais às instituições.				
38.2 - Os trabalhadores mais velhos são mais resistentes à mudança.				
38.3 - A experiência é decisiva na prestação de cuidados de saúde.				
38.4 - No domínio da saúde é fundamental a existência de equipas heterogéneas em termos etários.				
38.5 - Os trabalhadores mais velhos devem ser os primeiros a ser dispensados num contexto de reestruturação organizacional.				
38.6 - As doenças ocupacionais têm uma maior prevalência entre os trabalhadores mais velhos.				
38.7 - Os trabalhadores mais velhos devem tendencialmente ocupar posições de orientação/ensino.				
38.8 - Os trabalhadores mais velhos têm um nível mais elevado de abstinência ao trabalho que os mais jovens.				
38.9 - A gestão das organizações hospitalares é discriminatória face aos trabalhadores mais velhos.				

39 - Das seguintes medidas de gestão de recursos humanos para os trabalhadores mais velhos (com idades entre os 55 - 65 e mais anos), qual o seu grau de concordância? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
Redução do horário de trabalho a partir de determinada idade				
Possibilidade de auferir de uma pensão parcial cumulativa com uma remuneração de um trabalho a tempo parcial				

40 - Considera que não deveria existir uma idade legalmente estipulada para a aposentação?

Sim	
Não	

41 - Considera correcto que, em caso de necessidade, se tiver que dispensar trabalhadores, as organizações hospitalares deveriam **dispensar** em primeiro lugar os trabalhadores mais velhos?

Sim	
Não	

42 - Considera correcto que, em caso de necessidade, se tiver que dispensar trabalhadores, as organizações hospitalares deveriam **preservar** em primeiro lugar os trabalhadores mais velhos?

Sim	
Não	

43 - Qual a idade em que tenciona aposentar-se?

44 - Se lhe fosse permitido, pediria, no momento presente a sua aposentação?

Sim	
Não	

44.1 - Se sim, porquê?	Sim	Não
Pelo exercício da actividade		
Pelas constantes transformações legislativas no que concerne ao acesso à aposentação		
Pelas transformações legislativas ocorridas ao nível da carreira		
Pelas transformações ao nível da estrutura hospitalar em que se encontra inserido		
Possibilidade de desenvolvimento de outros projectos pessoais ou profissionais após a aposentação		

44.2 - Se não, porquê?	Sim	Não
Pelo exercício da actividade		
Pela penalização de rendimentos		
(Re)investimento recente na formação científica		
Sentimento de valorização no seio da organização hospitalar		
Recusa da situação de inactividade no seio da sociedade		

45 – Em caso de saída antecipada face à idade legal estipulada para a aposentação, qual o intervalo máximo de penalização que considera razoável sofrer?

Entre _____ % e _____ %.

Chegamos à última parte deste inquérito. Solicitamos-lhe agora a sua opinião relativamente às medidas das políticas públicas do sector da saúde face à sua categoria profissional.

46 - Qual a sua posição face ao regime actual que possibilita aos enfermeiros aposentados continuarem o exercício da sua actividade profissional no sector público? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** **4** significa **concordância total**.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

47 - Concorda com a possibilidade das pessoas poderem ter uma pensão social parcial, i.e., trabalhar a tempo parcial recebendo apenas uma parte da pensão? Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4

48 - As questões que se seguem prendem-se com a acção do governo no que concerne às políticas globais de gestão das pensões. Para cada uma das seguintes afirmações, assinale a opção que melhor corresponde ao que pensa. Responda, por favor, utilizando esta escala em que **1** significa **discordância total** e **4** significa **concordância total**.

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
	1	2	3	4
48.1 - O governo deveria aumentar a idade legal de reforma				
48.2 - O governo deveria limitar o montante máximo das pensões				
48.3 - As regras de passagem para a aposentação deveriam vigorar durante um período mais alargado de tempo				
48.4 - O governo deveria criar medidas que protegessem os trabalhadores com mais de 55 anos				
48.5 - O governo deveria apoiar as organizações com trabalhadores com mais de 55 anos				
48.6 - O governo deveria apoiar regimes transitórios de passagem à reforma, como é o caso do emprego e aposentação a tempo parcial				
48.7 - O governo deveria criar e apoiar medidas que potenciem a continuidade da participação social dos aposentados				

49 – Na sua opinião, quais as medidas políticas que o governo deveria implementar no sector da saúde para benefício específico dos trabalhadores com mais de 55 anos da sua categoria profissional?

O questionário terminou. Muito obrigado pela sua participação!

