Andrea Toshye Sato

Apontamentos acerca das bases que propiciam a permanência de pessoas idosas no trabalho, a partir de um estudo de caso com médicos obstetras de um hospital universitário do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^a Dr^a Selma Lancman

São Paulo

2021

Andrea Toshye Sato

Apontamentos acerca das bases que propiciam a permanência de pessoas idosas no trabalho, a partir de um estudo de caso com médicos obstetras de um hospital universitário do município de São Paulo

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Ciências da Reabilitação

Orientadora: Prof^a Dr^a Selma Lancman

São Paulo

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Sato, Andrea Toshye

Apontamentos acerca das bases que propiciam a permanência de pessoas idosas no trabalho, a partir de um estudo de caso com médicos obstetras de um hospital universitário do município de São Paulo / Andrea Toshye Sato. -- São Paulo, 2021.

Dissertação (mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Programa de Ciências da Reabilitação.

Orientadora: Selma Lancman.

Descritores: 1.Envelhecimento 2.Idoso 3.Mercado de trabalho 4.Política pública 5.Política de saúde do trabalhador 6.Saúde do trabalhador

USP/FM/DBD-120/21

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

AGRADECIMENTOS

À **Selma Lancman**, por me auxiliar a ampliar horizontes tanto profissionais como pessoais de forma tão generosa, sábia e disponível.

À **Elisabete Ferreira Mângia, Maria de Fátima Ferreira Queiroz e Marina Picazzio Perez Batista**, por participarem da banca do exame de qualificação desta dissertação. Suas contribuições foram muito valiosas.

À **Juliana de Oliveira Barros, Maria Helena Morgani de Almeida, Marina Picazzio Perez Batista, Sayuri Tanaka Maeda, Talita Naiara Rossi da Silva e Tatiana de Andrade Jardim**, por todos os ensinamentos nos últimos anos. Eles colaboraram para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha **família** (em especial meus pais, **Lúcia e Sérgio**), ao **Thiago** e aos meus **amigos** (em particular, Dri, Gabi, Ja e Lê), pelo apoio necessário para realizar o mestrado.

À todas as pessoas com quem dividi momentos que contribuíram para o meu amadurecimento durante o mestrado (graduandos, residentes, professores, pacientes, colegas de trabalho, dentre outros).

À **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, ao **Hospital Universitário da Universidade de São Paulo** e aos **participantes do estudo**, por tornarem este trabalho possível.

Ao apoio da **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001**.

Envelhecer é como escalar uma grande montanha: enquanto sobe, as forças podem diminuir, mas a visão se torna mais livre, ampla e serena.

Ingmar Bergman

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de siglas	
Lista de figuras	
Lista de tabelas	
Lista de quadros	
Resumo	
Abstract	
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 O desafio do envelhecimento populacional	18
1.2 Políticas públicas voltadas à população idosa	19
1.3 Políticas públicas voltadas à população idosa no âmbito do trabalho	22
1.3.1 Relevância destas políticas públicas	22
1.3.2 As atuais deliberações destas políticas públicas	27
1.4 O trabalho no setor público da saúde e em contextos hospitalares	31
2 JUSTIFICATIVA	35
3 OBJETIVOS	38
3.1 Objetivo Geral	38
3.2 Objetivos Específicos	38
4 MÉTODOS	40
4.1 Desenho do estudo	40
4.2 Local do estudo	40
4.3 Procedimentos metodológicos para a coleta de dados – Parte 1	42
4.3.1 Aspectos Éticos	42
4.3.2 Panorama geral do quadro de trabalhadores do HU USP	43
4.4 População-alvo do estudo	46
4.5 Contextualização do trabalho do médico obstetra	46
4.6 Contextualização da Seção de Obstetrícia do HU USP	47
4.7 Procedimentos metodológicos para a coleta de dados – Parte 2	48
4.8 Procedimentos metodológicos para análise de dados	51
5 RESULTADOS	53
5.1 Caracterização dos participantes do estudo	53
5.2 Caracterização do trabalho realizado pelos participantes do estudo	53

5.3 Categorização dos temas emergentes no grupo focal	54
5.3.1 Potencialidades da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	55
5.3.1.1 Potencialidades do ponto de vista individual	55
5.3.1.2 Potencialidades do ponto de vista coletivo	57
5.3.2 Desafios da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	58
5.3.2.1 Conteúdo do trabalho	58
5.3.2.2 Impasses relacionados ao HU USP	61
5.3.2.3 Conflitos de gerações	65
5.3.2.4 Falta de novos desafios no trabalho	68
5.3.3 Bases da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	69
5.3.3.1 Relação envelhecimento e trabalho	69
5.3.3.2 Singularidade do trabalho	71
5.3.3.3 A inatividade laboral como geradora de perdas	73
5.3.3.4 Prazer no trabalho realizado	75
6 DISCUSSÃO	77
6.1 Dificuldades relacionadas à organização do trabalho	77
6.2 Benefícios provenientes do trabalho	82
6.3 Bases promotoras da permanência no trabalho	85
6.4 Limitações do estudo	89
7 CONCLUSÃO	91
8 ANEXO	94
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	94
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Carta de Anuência do Hospital Universitário	
APÊNDICE B – Aprovação 1 do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP	
APÊNDICE C – Aprovação 1 do Comitê de Ética em Pesquisa do HU USP	
APÊNDICE D – Carta de Anuência do Departamento Médico do HU USP	
APÊNDICE E – Aprovação 2 do Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP	
APÊNDICE F – Aprovação 2 do Comitê de Ética em Pesquisa do HU USP	

LISTA DE SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNI – Política Nacional do Idoso

CNDI – Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

EI – Estatuto do Idoso

PEI – Política Estadual do Idoso

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

CF – Constituição Federal

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

HU - Hospital Universitário

USP – Universidade de São Paulo

HU USP – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

PIDV – Programa de Incentivo à Demissão Voluntária

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

SO HU USP – Seção de Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PA – Pronto Atendimento

PDT - Psicodinâmica do Trabalho

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Organograma do HU USP	41
Figura 2. Organograma do Departamento Médico do HU USP	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Faixa etária dos trabalhadores idosos do HU USP	44
Tabela 2. Locais de trabalho dos médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem com idade a partir de 60 anos do HU USP	45
Tabela 3. Perfil dos participantes do estudo	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Políticas públicas voltadas à população idosa e suas deliberações no âmbito do trabalho	28
Quadro 2. Categorias de análise e unidades de registro	54

RESUMO

Sato AT. *Apontamentos acerca das bases que propiciam a permanência de pessoas idosas no trabalho, a partir de um estudo de caso com médicos obstetras de um hospital universitário do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2021.

INTRODUÇÃO: Considerando a previsão do aumento do número de pessoas idosas que necessitarão e/ou desejarão se manter no mercado de trabalho, os desafios relacionados à sua participação laboral e a ausência de uma legislação que possa responder, de forma efetiva, a estes desafios, são relevantes estudos voltados a compreensão dos fundamentos que promovem e/ou dificultam a permanência das pessoas idosas no trabalho.

OBJETIVO: Conhecer e analisar as bases que propiciam a permanência no trabalho e sua relação com os aspectos do envelhecimento, sob o ponto de vista de médicos com idade a partir de 60 anos da Seção de Obstetrícia do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

MÉTODOS: Investigação qualitativa, do tipo estudo de caso, na qual utilizou-se a técnica de grupo focal. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo.

RESULTADOS: A análise das informações obtidas no grupo focal deu origem aos seguintes conjuntos temáticos: 1) “Potencialidades da permanência no trabalho”: circunscrição dos elementos positivos gerados pelo fato de se manter no trabalho; 2) “Desafios da permanência no trabalho”: exposição das questões que impactavam negativamente na continuidade do trabalho; 3) “Bases da permanência no trabalho”: delineamento dos pontos que possibilitavam e estimulavam a manutenção da atividade laboral, considerando os perfis dos participantes e o trabalho que realizavam.

CONCLUSÃO: A experiência, a qualidade de vida, as condições de trabalho, a remuneração e estabilidade, a possibilidade de educação permanente e continuada, as relações com os pares e o prazer foram as bases que propiciaram a permanência dos participantes no trabalho. Dentre estes, destacam-se as relações de confiança e de cooperação com os pares como compensadoras dos declínios provenientes do envelhecimento e dos desafios da organização do trabalho, indicando que os aspectos psíquicos e subjetivos têm relevância para a permanência de pessoas idosas no trabalho.

Descritores: Envelhecimento; Idoso; Mercado de trabalho; Política pública; Política de saúde do trabalhador; Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Sato AT. *Notes about the bases that provides the permanence of elderly people at work, based on a case study with obstetricians from a university hospital in the city of São Paulo* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2021.

INTRODUCTION: Considering the forecast of an increase in the number of elderly people who will need and/or wish to remain in the labor market, the challenges related to their labor participation and the absence of legislation that can effectively respond to these challenges, are relevant studies aimed at understanding the fundamentals that promote and/or hinder the permanence of elderly people at work. **OBJECTIVE:** To know and analyze the bases that provide permanence at work and its relationship with aspects of aging, from the point of view of doctors aged over 60 years old at the Obstetrics Section of the University Hospital of the University of São Paulo. **METHODS:** Qualitative investigation, of the case study type, in which the focus group technique was used. For data analysis, thematic content analysis was used. **RESULTS:** The analysis of the information obtained in the focus group gave rise to the following thematic sets: 1) “Potentials of permanence at work”: circumscription of the positive elements generated by the fact of staying at work; 2) “Challenges of permanence at work”: exposure of issues that had a negative impact on the continuity of work; 3) “Bases of permanence at work”: delineation of the points that enabled and stimulated the maintenance of work activity, considering the profiles of the participants and their work. **CONCLUSION:** Experience, quality of life, working conditions, remuneration and stability, the possibility of permanent and continuing education, relationships with peers and pleasure were the bases that provided the permanence of participants at work. Among these, the relationships of trust and cooperation with peers stand out as compensating for the declines arising from aging and the challenges of work organization, indicating that the psychic and subjective aspects are relevant to the permanence of elderly people at work.

Descriptors: Aging; Aged; Job market; Public policy; Occupational health policy; Occupational health.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O desafio do envelhecimento populacional

Nas últimas décadas, o envelhecimento das populações tem se tornando um fenômeno emergente em praticamente todos os países. Este se torna especialmente relevante nos países em desenvolvimento, como o Brasil, que tem apresentado uma transição demográficaⁱ intensa e acelerada dentro de uma conjuntura com alta desigualdade socioeconômica¹⁻³.

A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴ estabelece que a idade mínima para ser considerada pessoa idosa é de 60 anos nos países em desenvolvimento e de 65 anos nos países desenvolvidos. No entanto, observa-se uma discrepância entre essa Organização e alguns estudiosos, que estipulam 65 anos como idade mínima para ser considerada pessoa idosa, independentemente do nível de desenvolvimento do país⁵⁻⁷.

O processo de transição demográfica é desencadeado, principalmente, pelo declínio nas taxas de fecundidade, mas também é influenciado pela queda dos índices de mortalidade e pelo aumento da expectativa de vida^{5, 8}.

No Brasil, as taxas de fecundidade permaneceram relativamente altas e constantes até 1960, gerando uma população jovem e em rápido crescimento. Para se ter uma ideia, naquela época, cerca de 52% da população possuía idade abaixo de 20 anos e menos de 3%, acima de 65 anos^{1, 6, 9}.

A partir da metade da década de 1960, o nível de fecundidade sofreu significativa redução, tendo início com os grupos populacionais financeiramente mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas. Observa-se que a queda da fecundidade se generalizou aceleradamente para toda a população, entretanto, ainda hoje existem disparidades entre as diferentes regiões brasileiras, sendo as regiões mais desenvolvidas as que apresentam menores índices de fecundidade⁵⁻⁸.

Dados sobre a quantidade média de filhos por mulher demonstram este fato. Em 1940, cada mulher tinha, em média, 6,2 filhos. Em 1970, essa média caiu para 5,8 filhos, em 2000 para 2,3 filhos e em 2015 para 1,7 filhos¹⁰⁻¹¹. Constata-se, assim, que as taxas de fecundidade do Brasil já estão abaixo do nível de reposição da populaçãoⁱⁱ, que

ⁱ Conceito que descreve a dinâmica de crescimento e variações populacionais¹.

ⁱⁱ Aquele que produz crescimento nulo da população a longo prazo⁸.

atualmente é de 2,1 filhos por mulher. Portanto, a estrutura etária brasileira sofre um processo de desestabilização, com estreitamento da população jovem e ampliação da população idosa^{8, 11}.

Também se observa que desde a década de 1940 tem havido uma queda expressiva nos índices de mortalidade e um prolongamento da expectativa de vida. Estes foram determinados pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, pelo aumento da escolaridade e pelos avanços da medicina^{7, 8, 11}.

Em 1950, a probabilidade de um recém-nascido sobreviver até os 15 anos de idade era inferior a 80% e estima-se que, atualmente, seja de aproximadamente 95%. Da mesma forma, na década de 1950, previa-se que apenas metade da população brasileira sobreviveria até os 60 anos, sendo que as estimativas atuais consideram que pelo menos 80% da população deva atingir esta idade^{1, 8}. Além disso, em 1991, a expectativa de vida do brasileiro era de 67 anos, passando para 69 anos em 2000, 73 anos em 2010, e para 75 anos em 2015. As previsões para 2060 são de 81 anos, com as mulheres vivendo, em média, 84,4 anos e os homens 78,03 anos^{10, 12}.

Diante destes dados, verifica-se o envelhecimento da população do Brasil. Evidências demonstram que o número de brasileiros com mais de 60 anos era de três milhões em 1960 passando para sete milhões em 1975, 14 milhões em 2002, 20 milhões em 2008 e 26 milhões em 2017^{2, 13}. Projeta-se que, em 2025, existirão cerca de 31,8 milhões de pessoas com essa faixa etária, o que caracterizará o Brasil como a sexta maior população mundial de pessoas idosas^{2, 14}.

Tendo em vista que o envelhecimento populacional gera uma série de transformações e de novas demandas nos campos social, econômico, cultural e de saúde para o país, este se configura como um dos principais desafios para as políticas públicas na contemporaneidade¹².

1.2 Políticas públicas voltadas à população idosa

Frente a mudança que vem ocorrendo no perfil demográfico da população brasileira, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas às pessoas idosasⁱⁱⁱ tem recebido destaque. Estas políticas visam atender as necessidades emergentes desse grupo

ⁱⁱⁱ Até o ano de 2020, as políticas públicas citadas estavam vigentes e consideravam pessoas idosas aquelas com idade a partir de 60 anos. No caso de divergências, a idade considerada na política será apontada.

populacional e conceber não somente uma maior longevidade à população como também uma melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida¹⁵.

Antes da década de 1970, não havia políticas públicas específicas para a população idosa. Desta forma, seus direitos estavam previstos dentro de políticas direcionadas para a população em geral¹⁵. A partir de 1974, iniciaram-se as ações governamentais brasileiras voltadas exclusivamente às pessoas idosas. Em 11 de dezembro de 1974, criou-se a Lei nº 6.179¹⁶, que possuía cunho caritativo e de proteção, envolvendo a criação de benefícios não contributivos para os necessitados urbanos e rurais com mais de 70 anos que não recebiam benefício da Previdência Social.

Apesar desta iniciativa, apenas em 4 de janeiro de 1994, através da Lei nº 8.842, instituiu-se a Política Nacional do Idoso (PNI)¹⁷. Esta gerou um avanço na legislação por se tratar da primeira política específica à população idosa, por não possuir cunho assistencial e por buscar assegurar os direitos sociais desta população em diversos âmbitos da vida. A PNI tem como finalidade criar condições para promover a autonomia, a integração e a participação das pessoas idosas na sociedade por meio da implementação de ações nas áreas de assistência social, saúde, educação, trabalho e Previdência Social, habitação e urbanismo, justiça e cultura, e esporte e lazer¹⁷.

Posteriormente, por meio do Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002, criou-se o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI)¹⁸⁻²⁰. Este decreto, após ser alterado duas vezes^{iv}, dispõe que o CNDI é um órgão integrante da estrutura organizacional do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, com a finalidade de colaborar para as questões relativas à Política Nacional do Idoso. Deste modo, este Conselho reafirma a importância da PNI no cenário nacional.

Em 1º de outubro de 2003, instituiu-se o Estatuto do Idoso (EI) - Lei nº 10.741²¹, que ampliou os direitos previstos na PNI. Este Estatuto versa sobre os direitos das pessoas idosas no que se concerne à: vida; liberdade, respeito e dignidade; alimentos; saúde; educação, cultura, esporte e lazer; profissionalização e trabalho; Previdência Social; assistência social; habitação; e transporte. Além disso, ele descreve as seguintes ações direcionadas às pessoas idosas: medidas de proteção, políticas de atendimento, acesso à justiça, atos considerados crimes contra elas e suas respectivas penas²¹.

^{iv} O Decreto nº 4.227 foi revogado pelo Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004 que, por sua vez, foi revogado pelo Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019¹⁸⁻²⁰.

Assim como a PNI, o EI também foi um marco significativo para as propostas direcionadas às pessoas idosas, tendo em vista a abrangência das questões relativas a ele. Embora se considere que essas sejam as políticas mais marcantes no cenário nacional, existem outras que buscam assegurar os direitos dessa população. Estas possuem um foco mais específico e, portanto, podem ser consideradas mais restritas.

Como exemplos dessas outras políticas pode-se citar: a Política Estadual do Idoso (PEI) – Lei Estadual nº 9.892, de 10 de dezembro de 1997 (São Paulo/SP), que visa garantir as condições necessárias às pessoas idosas para continuarem no pleno exercício da cidadania²²⁻²³; a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade ao atendimento de algumas pessoas, dentre elas, as pessoas idosas²⁴; a Lei nº 10.173, de 9 de janeiro de 2001, que dá prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais em que participem pessoas com idade igual ou superior a 65 anos²⁵; a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) – Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que objetiva recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas, através de medidas coletivas e individuais de saúde²⁶; dentre outras.

Existem, ainda, outras políticas que não são direcionadas especificamente às pessoas idosas, mas que lhes garantem direitos, como: a Constituição Federal (CF), de 5 de outubro de 1988, que assegura às pessoas idosas o direito à vida e à cidadania²⁷; a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) - Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que cita o benefício de prestação continuada (garantia de um salário mínimo mensal) às pessoas com deficiência e às pessoas idosas com 65 anos ou mais, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família²⁸; o Pacto pela Vida - Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que coloca a saúde das pessoas idosas como prioridade na agenda nacional da saúde²⁹; dentre outras.

Diante do exposto, denota-se que as políticas públicas brasileiras voltadas à população idosa vêm avançando ao longo do tempo. Inicialmente, elas possuíam, principalmente, cunho assistencial. No entanto, à medida em que foram sendo desenvolvidas, passaram a instituir deliberações direcionadas a assegurar os direitos das pessoas idosas nos diversos âmbitos da vida, buscando incluí-las, efetivamente, em suas comunidades. Constata-se, assim, que essa população vem deixando de se situar em uma posição mais passiva e ganhando, cada vez mais, protagonismo perante a sociedade³⁰.

Frisa-se a importância dessas políticas em virtude das particularidades da população atendida. Frequentemente as pessoas idosas apresentam demandas diferentes

de pessoas outras faixas etárias. Portanto, as ações governamentais precisam ter objetivos específicos para serem efetivas. Um exemplo seria o direito pelos assentos preferenciais nos transportes públicos, que é uma das demandas características da população idosa (em conjunto com gestantes e pessoas com deficiência), visto que ela tende a apresentar menos resistência física para se manter em pé durante os trajetos e maiores riscos de quedas nestes transportes.

1.3 Políticas públicas voltadas à população idosa no âmbito do trabalho

1.3.1 Relevância destas políticas públicas

As políticas públicas voltadas à população idosa têm promovido a criação e o estímulo de diversas ações governamentais. Dentre elas, destacam-se as ações no âmbito do trabalho. Essas são consideradas relevantes por alguns motivos.

O primeiro se atribui ao fato de que o trabalho para essa população não foi previsto em outras legislações, como a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) - Decreto-lei nº 5.452³¹, de 1º de maio de 1943, que, de forma geral, trata da legislação trabalhista no Brasil. Salienta-se que ela não apresenta disposições sobre o trabalho para as pessoas idosas (que, como já mencionado, podem apresentar particularidades), embora tenha disposições sobre a proteção do trabalho da mulher e do menor de idade, por exemplo³⁰.

Outro motivo se reporta ao aumento do número de pessoas idosas inseridas no mercado de trabalho. Estudos indicam uma tendência de crescimento dessa representatividade no Brasil: em 1977, as pessoas idosas representavam 4,9% da população empregada no país. Em 1988, esse número subiu para 9% e, em 2020, para cerca de 13%¹². Cabe citar que estes números se referem à população formalmente empregada, ou seja, presumivelmente, estes números seriam maiores se considerássemos as pessoas idosas que trabalham informalmente.

Essa situação decorre, principalmente, do desejo e/ou da necessidade de complementação de renda familiar, já que muitas vezes a aposentadoria é o único recurso de algumas famílias e seu valor é insuficiente para mantê-las. Soma-se a isso as mudanças anteriores na legislação da Previdência Social, que estabeleceram a necessidade de um maior número de anos de trabalho para atingir a aposentadoria. Além disso, algumas pessoas se mantêm trabalhando pelo significado e pela importância que atribuem ao

trabalho. Estes podem estar relacionados às necessidades dos sujeitos de se manterem ativos, produtivos, de possuírem interações sociais e, até mesmo, de ocupar o tempo ocioso^{30, 32}.

Importante mencionar que, no final de 2019, foi aprovada uma nova reforma da Previdência Social, com o intuito de aumentar as receitas e diminuir os gastos governamentais. Para isso, a reforma prevê a permanência das pessoas no trabalho por mais tempo e a postergação e/ou contenção de benefícios (dentre eles, a aposentadoria)³³. Embora essas modificações ocorram de forma gradual através de uma regra de transição, a idade mínima e o tempo de trabalho necessário para a aposentadoria aumentarão, paulatinamente, no Brasil.

Deste modo, prevê-se que, cada vez mais, as pessoas idosas vão desejar e/ou necessitar se inserir ou permanecer no trabalho³⁰. No entanto, para isso ocorrer, podem existir desafios, o que também aponta para a importância das políticas públicas no âmbito do trabalho para a população idosa.

Para se promover a inserção e/ou a permanência das pessoas no trabalho é importante se considerar um conjunto de elementos individuais (como as características do trabalhador) e coletivos (tipo de trabalho realizado e cultura organizacional da empresa, por exemplo). No que se refere aos trabalhadores idosos, há ainda a necessidade de se agregar componentes relacionados ao envelhecimento.

Um deles se refere ao ageísmo, termo utilizado para definir um tipo de preconceito ligado à idade que pode gerar um conjunto de posturas negativas ou positivas frente às pessoas idosas³⁴. Como consequência, pode haver tanto o favorecimento como o desfavorecimento da inserção e/ou da permanência delas no mercado de trabalho.

Por um lado, as pessoas idosas tendem a apresentar determinadas competências para o trabalho em virtude de sua experiência³⁵⁻³⁷. Estudos apontam que o envelhecimento pode ressaltar algumas habilidades que são desenvolvidas ao longo do tempo, como: diligência, independência, precisão nas tarefas, lealdade a empresa devido ao vínculo que os trabalhadores com mais idade costumam apresentar, conhecimento empírico e específico sobre a empresa, pensamento crítico e julgamento, comunicação, consciência sobre a responsabilidade e competência social, sensibilização para segurança e qualidade no trabalho etc³⁷⁻⁴¹. Estas habilidades levariam à valorização dos trabalhadores idosos.

Por outro lado, nota-se que, de forma geral e, especialmente, em trabalhos menos qualificados (com maior exigência física em detrimento da experiência e do acúmulo de

conhecimento), há uma propensão à desvalorização destes trabalhadores por se julgar que eles são menos produtivos³⁰. Este estigma sobre as pessoas idosas pode ser um empecilho para a sua inserção e/ou permanência no trabalho. Evidencia-se que o desemprego afeta com maior frequência os trabalhadores desta faixa etária, que são substituídos pelos mais jovens por serem considerados mais baratos e com maior capacidade de produção³⁶.

Além disso, constantemente, os trabalhadores idosos são considerados obsoletos, resistentes às mudanças e desmotivados. Isso, potencialmente, gera falta de interesse por parte das empresas em investir neles, pois pouco se acredita no retorno destes custos. Portanto, eles recebem menos incentivos (como ofertas de participação em programas de educação permanente e continuada) do que os outros grupos etários³⁶⁻⁴¹. Este fato produz uma desvantagem no mercado de trabalho, visto que o potencial de produtividade pode ser prejudicado pelas habilidades desusadas e/ou desatualizadas.

Ressalta-se que a plasticidade do cérebro e a capacidade para aprender podem ser preservadas mesmo durante a idade mais avançada. Contudo, ainda assim, a senescência^v tende a provocar alguns declínios cognitivos, como uma diminuição do potencial para atenção, memória e resolução de problemas, o que enfatizaria a importância de programas educacionais para os trabalhadores idosos³⁵. Salienta-se, ainda, que o menor investimento nestes trabalhadores pode ter impacto, inclusive, sobre a saúde mental deles, pois pode refletir uma falta de reconhecimento. Consequentemente, pode-se gerar insatisfação e desmotivação no trabalho bem como queda na produtividade⁴².

Uma justificativa para o estigma sobre as pessoas idosas é a de que o processo de envelhecimento, ainda que bastante heterogêneo, envolve a presença de declínios biológicos que, com o passar dos anos, podem resultar na perda gradual das reservas fisiológicas, no aumento do risco de contrair doenças e na diminuição da capacidade intrínseca, usualmente, associada às alterações sensoriais, físicas e/ou cognitivas³⁷⁻⁴³. No entanto, essa justificativa é contestável, já que os declínios do envelhecimento, geralmente, resultam em um impacto negativo na capacidade intrínseca, mas não necessariamente na capacidade funcional e para o trabalho^{4, 8}.

O termo “capacidade intrínseca” se relaciona ao composto das capacidades físicas, intelectuais e psíquicas de um indivíduo, enquanto a “capacidade funcional” se refere a capacidade para a realização de atividades cotidianas, resultado da interação entre a

^v Se refere ao processo de envelhecimento composto por alterações fisiológicas. A senescência se distingue da senilidade, visto que essa última se atribui aos mecanismos fisiopatológicos¹⁴.

capacidade intrínseca e as possibilidades que o ambiente fornece, inclusive, através da possibilidade de utilização de dispositivos auxiliares^{vi 3}. Já o termo “capacidade para o trabalho” tem relação com o tipo de trabalho que a pessoa realiza, se reportando a capacidade intrínseca em interação com a cultura organizacional e o ambiente de trabalho para a realização de atividades laborais^{35, 40}.

À vista disso, quando o trabalho oferece possibilidades de adequação, uma explicação possível para a eficiência dos trabalhadores idosos seria a de que eles podem equilibrar os declínios intrínsecos do processo de envelhecimento com habilidades, experiência, acúmulo de conhecimento e/ou estratégias compensatórias que foram desenvolvidas por eles^{4, 37, 44}.

Ao compreender que a capacidade para o trabalho não depende somente de características individuais dos sujeitos, mas também das situações de trabalho, denota-se que outro possível obstáculo para se promover a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho se relaciona às condições e organização do trabalho³⁰. A organização do trabalho corresponde ao seu conteúdo, divisão do trabalho, níveis hierárquicos, normas e procedimentos de produção, metas e ritmo estabelecidos, relações interpessoais; enquanto as condições do trabalho, referem-se aos materiais e instalações físicas utilizados para a execução do trabalho⁴⁵.

As atuais situações de trabalho têm se configurado como uma barreira para a inserção e/ou a permanência no trabalho, especialmente das pessoas idosas, em razão do processo de precarização do trabalho, que vem se instalando desde a década de 1990. A precarização do trabalho pode ser definida como um processo de degradação, que inclui aspectos como a desregulamentação do emprego, a deterioração das condições do trabalho, a extensão da jornada, o aumento da sobrecarga física e/ou psíquica de trabalho, a difusão do sofrimento físico e/ou psíquico como inerente ao trabalho, a redução dos salários, a crescente desproteção social, o desemprego estrutural, dentre outros⁴⁶⁻⁴⁷.

Evidências demonstram que trabalhos com conteúdo predominantemente físico podem impor restrições ao exercício dos trabalhadores idosos e de sua capacidade para o trabalho. Dentre as exigências destes trabalhos, pode-se citar: uso de força excessiva e/ou uso prolongado de força muscular, trabalho muscular estático exacerbado, esforço intenso repentino, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, dentre outras^{12, 35}. Ressalta-se

^{vi} Instrumentos utilizados para auxiliar no desempenho das atividades funcionais, como o uso de bengala para auxiliar na marcha³.

que estas exigências costumam ser potencializadas por trabalhos que contém riscos de acidentes, equipamentos e ferramentas obsoletos, jornadas e turnos exaustivos etc^{35, 44}.

As exigências intelectuais e psíquicas exacerbadas também podem limitar a atuação e a capacidade para o trabalho das pessoas idosas. Estas podem estar associadas à sobrecarga do uso de capacidades cognitivas (memória, atenção, tomada de decisão, resolução de problemas etc.) e da necessidade de absorver novas tecnologias, alto nível de responsabilidade, conflito de papéis e com chefias e pares, pressão de tempo para a realização das atividades e por produtividade, restrição de autonomia e/ou no uso de conhecimentos, limitação no desenvolvimento profissional, falta de reconhecimento e de valorização do trabalhador, entre outras^{44, 48, 49}.

Situações de trabalho com essas características podem ser um obstáculo para a adaptação de todos os trabalhadores e desencadear respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais, com possibilidade de restrição da capacidade para o trabalho e de surgimento de doenças. Como resultado, pode-se gerar a necessidade de aposentadoria ou afastamento por invalidez/incapacidade^{35, 40}. Por essa razão, assinala-se a necessidade de mudanças e adequações nas condições e organizações de trabalhos atuais.

Cabe pontuar que, embora estas repercussões possam atingir os trabalhadores de todas as idades, os que são idosos podem ser mais suscetíveis devido ao declínio da capacidade intrínseca decorrente do envelhecimento^{40, 47}. Além disso, essa suscetibilidade se associa ao fato de que as doenças relacionadas ao trabalho são um processo cumulativo e progressivo que se desenvolvem a longo prazo. Portanto, normalmente, se emprega algum tempo até as patologias ou os desgastes se manifestarem⁴⁰.

Estes contextos geram um mercado de trabalho ainda mais competitivo e, em conjunto com o desemprego estrutural, podem resultar em uma dificuldade de inserção e/ou de permanência dos trabalhadores idosos já que, possivelmente, eles precisarão competir por vagas com os trabalhadores mais jovens^{30, 36}.

A partir do exposto, nota-se que, por um lado, haverá o aumento da necessidade das pessoas idosas se manterem no mercado de trabalho. Por outro lado, percebe-se que as mudanças previdenciárias não levaram em conta o estigma sobre os trabalhadores idosos, a necessidade de adequações nas situações de trabalho e o processo de precarização global pelo qual o país já vinha passando. Esses fatores podem dificultar e, até mesmo, inviabilizar a participação laboral das pessoas idosas. Assim sendo, a criação de recursos para superar estes desafios é importante. Acredita-se que as políticas públicas

voltadas à população idosa no âmbito do trabalho podem colaborar para a qualidade de vida e prolongamento do tempo da população idosa no trabalho.

1.3.2 As atuais deliberações destas políticas públicas

As atuais políticas públicas possuem deliberações que buscam assegurar o trabalho como um direito das pessoas idosas. A CF, que é direcionada para a população em geral, afirma que o trabalho é um direito social de todos, havendo a proibição de diferença de salários, de exercício de funções e de critério de admissão por alguns motivos, dentre eles, a idade²⁷. Já as políticas voltadas exclusivamente às pessoas idosas possuem disposições mais específicas relacionadas ao trabalho para essa população.

A PNI, primeira política voltada especificamente às pessoas idosas, trata da área do trabalho de forma mais introdutória. Ela propõe a criação e o estímulo de programas de preparação para a aposentadoria e o desenvolvimento de mecanismos que impeçam a discriminação da participação das pessoas idosas no mercado de trabalho. Contudo, não explica de que forma estes programas e mecanismos podem ser concretizados, concluindo-se que há poucas especificações nas disposições elencadas pela PNI¹⁷.

O EI, a PEI e a PNSPI também contemplaram o âmbito do trabalho para as pessoas idosas. A partir da leitura destas políticas, denota-se que todas mantiveram as recomendações supracitadas. No que se refere a elas, o EI e a PEI acrescentaram-lhes alguns detalhamentos, enquanto a PNSPI manteve poucas especificações, como na PNI.

O EI estabelece a proibição da discriminação e da fixação de limite máximo de idade na admissão de trabalhadores (exceto nos casos em que natureza do cargo exigir). Este Estatuto também define que os programas de preparação para a aposentadoria devem ser realizados por meio do esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania e do estímulo de novos projetos sociais, considerando os interesses das pessoas idosas²¹.

Já a PEI propõe que os programas de preparação para a aposentadoria possibilitem a inatividade laboral de forma gradual e o encaminhamento do processo de obtenção de benefícios previdenciários. Também indica a oferta de programas públicos de capacitação e reciclagem profissional voltados às pessoas idosas como uma estratégia para evitar a discriminação delas, objetivando sua inserção no mercado de trabalho²²⁻²³.

Além das disposições relacionadas aos programas de preparação para a aposentadoria e de combate da discriminação dos trabalhadores idosos, as políticas subsequentes à PNI acrescentaram outras recomendações.

O EI indica a criação de estratégias, na esfera pública e privada, que objetivam favorecer a inserção de pessoas idosas no mercado de trabalho. Ele define que, quando houver empate em concursos públicos, será dada preferência à contratação daqueles candidatos com idade mais elevada. No caso das empresas privadas, o Poder Público criará e estimulará programas de incentivo para admissão de pessoas idosas. Além disso, propõe a criação de programas de profissionalização para a população idosa, com o intuito de aproveitar seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas²¹.

A PEI sugere o estímulo de prestação de serviços de laborterapia e terapia ocupacional nos Centros de Convivência e de programas de trabalho voluntário às pessoas idosas²²⁻²³. A PNSPI estabelece a implementação de condições que permitam a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho e o levantamento dos aposentados que retornaram ao trabalho a fim de identificar as condições em que atuam para coibir abusos e explorações²⁶.

As leis e portarias voltadas à população idosa que incluem o âmbito do trabalho e suas respectivas proposições estão expostas, de forma resumida, no Quadro 1.

Quadro 1. Políticas públicas voltadas à população idosa e suas deliberações no âmbito do trabalho

Deliberações no âmbito do trabalho / Política pública	PNI	EI	PEI	PNSPI
Programas de preparação para a aposentadoria	X	X	X	X
Impedir a discriminação das pessoas idosas no mercado de trabalho	X	X	X	X
Favorecer a inserção de pessoas idosas no mercado de trabalho		X		
Programas de profissionalização		X		
Oferta de serviços de laborterapia e terapia ocupacional			X	
Programas de trabalho voluntário			X	
Implementação de condições que permitam a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho				X
Identificação das condições em que atuam os trabalhadores aposentados para coibir abusos e explorações				X

Fonte: Diário Oficial da União^{17, 21, 22, 23, 26}.

Acredita-se que uma parte das ações propostas pode contribuir para a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho, embora ainda haja a necessidade de maiores detalhamentos (como a caracterização e a forma de funcionamento das ações).

De forma geral, a coibição da discriminação e o estímulo da contratação das pessoas idosas podem ser um incentivo para balancear a competitividade do mercado de trabalho e oferecer mais oportunidades às elas^{34, 50}. No entanto, estes mecanismos não garantem que a oferta de vagas de trabalho levará em conta a experiência e o possível declínio da capacidade intrínseca dos trabalhadores idosos e nem que os estereótipos negativos que podem levar à exclusão deles serão, de fato, combatidos.

Os programas de educação e de profissionalização podem favorecer a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho, na medida em que possibilitam a potencialização de suas habilidades para o trabalho, a aquisição de novos conhecimentos e o equilíbrio dos possíveis declínios cognitivos decorrentes da senescência. Além disso, eles podem amenizar a desvantagem no mercado de trabalho resultante do estigma sobre as pessoas idosas^{32, 36}. Salienta-se apenas que estes programas precisam estar em consonância com as necessidades reais das empresas e dos trabalhadores e oferecer um formato e carga horária que sejam viáveis para ambos.

A falta de clareza acerca de uma outra parte das propostas mencionadas inviabiliza sua compreensão integral. Uma dessas propostas é a de prestação de serviços de laborterapia e terapia ocupacional. Partindo do pressuposto da promoção da participação laboral de pessoas idosas, estes serviços podem desenvolver ações que favoreçam a inserção e/ou permanência no trabalho, desde que este seja o seu objetivo. Em especial, há a indicação de que a terapia ocupacional pode contribuir para a participação das pessoas idosas em diversas atividades cotidianas, dentre elas, o trabalho⁵¹.

Contudo, na proposta da PEI, não foram explicitados os objetivos e o conteúdo destes serviços, tornando o seu campo de ação muito amplo (eles podem ter diversas propostas terapêuticas - como a interação social, a reabilitação física, dentre outras - através de atividades, podendo ou não incluir aquelas que são consideradas produtivas) e dificultando, assim, a análise sobre os seus possíveis benefícios.

Outra proposta que carece de maiores esclarecimentos é a de identificação das condições de trabalho em que atuam os trabalhadores aposentados com vistas a coibir abusos e explorações. Essa proposta não exprime como seria realizado o levantamento

destes trabalhadores, ou como funcionaria a identificação das condições de trabalho ou até mesmo quais seriam as delimitações dos abusos e explorações a serem coibidos.

Ressalta-se que a PNSPI não aponta que os trabalhadores aposentados que retornaram ao trabalho representam apenas uma parcela de todos os trabalhadores idosos, já que muitos deles não chegam a se aposentar ou os que se aposentam, frequentemente, trabalham informalmente. Além disso, a proposta não deixa claro se a coibição de abusos e explorações seriam complementares as ações já existentes que buscam identificar determinadas irregularidades nos contextos de trabalho, como aquelas que são voltadas à fiscalização do trabalho pelo Ministério do Trabalho e Emprego e pelo Ministério Público do Trabalho e à vigilância em saúde do trabalhador pelo Ministério da Saúde⁵².

No entanto, de maneira superficial, julga-se que essa proposta poderia tanto contribuir como dificultar a inserção e/ou permanência de pessoas idosas no trabalho. Por um lado, a identificação das condições de trabalho poderia ser um estímulo e forma de orientação para as empresas seguirem as normas de saúde e segurança no trabalho, criando melhores condições de trabalho, o que favoreceria a permanência dos trabalhadores. Por outro lado, esta fiscalização poderia ser entendida como uma coação e intimidar as empresas a contratarem os trabalhadores idosos.

A proposta de criar condições que permitam a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho também precisa ser mais bem caracterizada, já que não apresenta indicações de quais devem ser essas condições. Entretanto, sabe-se que as adequações das situações de trabalho são indispensáveis para se promover a saúde e qualidade de vida, bem como a inserção e/ou permanência das pessoas idosas no trabalho. Essas podem estar relacionadas, por exemplo, à criação de um ambiente seguro, que ofereça o menor risco possível de acidentes de trabalho, à inclusão digital dos trabalhadores idosos, ou até mesmo à diminuição das cargas de trabalho^{36, 53}. Importante mencionar que, embora as adequações das condições e organização do trabalho sejam vitais, elas ainda são pouco abordadas nas políticas públicas relacionadas ao trabalho direcionadas às pessoas idosas. Portanto, esse é um ponto relevante que deve ser aprimorado³⁰.

Por fim, considera-se que algumas das recomendações não trazem contribuições diretas à inserção e/ou permanência das pessoas idosas no trabalho, mas, ainda assim, podem oferecer benefícios à essa população.

Os programas de preparação para a aposentadoria vão na direção oposta à ideia de participação no trabalho, mas podem ser importantes para facilitar o processo da

inatividade laboral. Estudos indicam que este processo é vivenciado de diferentes formas por cada pessoa, mas pode envolver, de maneira geral, uma ruptura no cotidiano, crises identitárias, sentimentos confusos e ambivalentes etc. Deste modo, os programas de preparação para a aposentadoria podem apoiar as pessoas idosas em projetos de vida, especialmente, se puderem se preparar ainda quando estiverem em atividade laboral^{54, 55}.

Na mesma linha, compreende-se que os programas de trabalho voluntário não são direcionados à inserção e/ou permanência das pessoas no trabalho, já que são uma forma de trabalho alternativo, que se realiza por interesse/escolha e que não possui as características do trabalho formal (como ser realizado por uma necessidade econômica, possuir competitividade para se conseguir uma vaga etc.).

Contudo, considerando que muitas pessoas idosas são aposentadas e que isso pode gerar isolamento advindo da falta de contato com os colegas e com o ambiente laboral, o trabalho voluntário pode contribuir, por exemplo, para responder às dificuldades de ocupar o tempo que era utilizado para o trabalho e de ter contatos sociais. Ele também pode auxiliar no desenvolvimento de novos trabalhos alternativos e hobbies ou servir como um complemento às atividades que a pessoa idosa já realiza, especialmente ao considerar que esta pessoa atribui um significado positivo ao trabalho voluntário^{50, 56}.

Nota-se que parte das propostas que compõem as políticas públicas direcionadas às pessoas idosas podem contribuir para a participação laboral delas. Entretanto, ainda faltam melhores avanços e esclarecimentos acerca das diretrizes e recomendações relacionadas ao trabalho, evidenciando-se a importância dos contextos laborais para a adaptação e qualidade de vida no trabalho e considerando-se as condições e organizações que impactam na possibilidade da inserção e/ou permanência do trabalhador idoso³⁰.

1.4 O trabalho no setor público da saúde e em contextos hospitalares

Como já mencionado, a capacidade para o trabalho resulta das características dos trabalhadores, mas também das características das situações de trabalho^{35, 40}. Além disso, evidências demonstram que as condições e organização do trabalho podem ter impacto sobre as possibilidades de participação laboral das pessoas idosas³⁰.

Assim sendo, para uma compreensão mais detalhada sobre este objeto, torna-se necessário considerar os diferentes tipos de trabalho. Isso porque eles podem apresentar diferentes tipos de exigências e de desgastes no decorrer do tempo e, consequentemente,

ter diferentes impactos sobre a relação do envelhecimento com o trabalho e a possibilidade de participação laboral das pessoas idosas. No entanto, a multiplicidade de trabalhos existentes e a singularidade deles inviabilizam a análise de diferentes contextos laborais neste estudo.

Ao considerar as diversas categorias de trabalho, o setor da saúde distingue-se por envolver processos amplos e complexos, que incluem a prestação de serviços em diversos níveis e instituições, como as unidades básicas de saúde, os contextos ambulatoriais e hospitalares, as clínicas privadas, dentre outras. Outra singularidade deste setor se atribui ao objeto de trabalho, que é voltado ao paciente e à produção de sua saúde. Desta forma, seu resultado depende da interação e cooperação entre o trabalhador que presta o serviço e o paciente que o recebe. Portanto, este trabalho é, essencialmente, relacional⁵⁷.

O setor público da saúde sofreu significativa expansão a partir da instituição da CF²⁷, em 1988, que estabeleceu o acesso aos serviços de saúde como direito universal. Este fato ampliou a cobertura e os gastos com políticas públicas voltadas à saúde, impulsionando o crescimento de todo o complexo de serviços e industrial relacionado à esta área e absorvendo quantitativo importante de mão-de-obra. Assim, depreende-se que houve um expressivo aumento da demanda de trabalho no setor público da saúde. No entanto, esse aumento não foi acompanhado pela melhoria das situações de trabalho^{58, 59}.

Nas últimas décadas, este setor foi afetado pela intensificação das mudanças decorrentes do processo de reestruturação produtiva, que emergiu no século XX, havendo o incremento de novas tecnologias, globalização do mercado, predomínio maior da lógica financeira sobre a lógica da produção somadas a um novo e complexo conjunto de inovações organizacionais. Como resultado, há a intensificação laboral, que tem levado ao consumo desmedido da força de trabalho^{58, 59}.

Dentre os serviços do setor público da saúde, os contextos hospitalares são, notadamente, um dos locais que oferecem maiores cargas laborais em decorrência da organização do trabalho bastante distinta se comparada a outros serviços deste setor. Os hospitais caracterizam-se por possuir alta complexidade, rígida estrutura hierárquica, além de funcionar ininterruptamente^{57, 60}.

Deste modo, seus trabalhadores costumam ter jornadas de trabalho mais longas (geralmente, em turnos ou plantões) e, muitas vezes, conciliam dois trabalhos (especialmente quando os salários são considerados baixos). Além disso, comumente durante as atividades laborais em hospitais, os trabalhadores possuem contato direto com

situações limite, precisando tomar decisões rápidas embora possuam baixo grau de autonomia (por causa da hierarquia) e vivenciam maiores imprevisibilidades por conta dos serviços de urgência e emergência^{58, 60, 61}. Com tais características, a carga de trabalho, tanto física como psíquica, inclina-se a ser mais alta.

Outros atributos dos ambientes hospitalares públicos que, geralmente, refletem no aumento da carga de trabalho são: o quadro de trabalhadores reduzido e, muitas vezes, insuficiente, já que os trabalhadores se aposentam e não há novas contratações (sobretudo através de concursos públicos) com a frequência necessária; a falta de mão-de-obra especializada que é, particularmente, importante nestas instituições por causa da alta complexidade; a realização de trabalhos físicos pesados e repetitivos, principalmente pelo fato de que, muitas vezes, os pacientes atendidos encontram-se em situação de dependência; as precárias condições de trabalho, como a insuficiência de materiais, equipamentos obsoletos, estruturas físicas inadequadas, superlotação e falta de leitos hospitalares, defasagem salarial, dentre outras; e a presença de riscos de acidentes e de contaminações de doenças^{57, 58, 60, 62}.

Diante disso, observa-se que o setor da saúde, sobretudo os contextos hospitalares públicos, tem apresentado o aumento da produtividade sem o devido aumento de recursos, o que gera a intensificação das exigências laborais e deterioração das condições de trabalho. Portanto, embora forneçam contratos estáveis (o que pode favorecer a permanência de trabalhadores), constata-se que estas instituições podem apresentar adversidades para a participação laboral dos trabalhadores idosos⁶⁰.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, o crescimento da população idosa (composta por pessoas com idade a partir de 60 anos⁴) tem sido expressivo em decorrência do declínio nas taxas de fecundidade e de mortalidade e do aumento da expectativa de vida^{5, 8}. Como consequência, a criação e o aprimoramento de políticas públicas voltadas à esta população têm ganhado ênfase.

As políticas públicas exclusivas às pessoas idosas iniciaram-se a partir de 1974, objetivando atender as particularidades deste público¹⁵. Desde então, elas têm avançado na busca pela inclusão e garantia dos direitos das pessoas idosas na sociedade, aumentando seu escopo de ação e o atribuindo protagonismo à esta população³⁰.

Dentre as deliberações que estas políticas têm proposto, destacam-se as que se situam no âmbito do trabalho em virtude de: 1) a falta de uma legislação específica sobre o trabalho para a população idosa³⁰; 2) a previsão do aumento da representatividade das pessoas idosas no mercado de trabalho, seja para atingir os critérios de elegibilidade para a aposentadoria e/ou por uma necessidade econômica ou de outra ordem^{30, 32, 33}; 3) os desafios relacionados à inserção e/ou permanência das pessoas idosas no trabalho (como o estigma sobre o trabalhador idoso³⁴, a precarização do trabalho⁴⁶⁻⁴⁷, dentre outros), que podem levar à sua exclusão.

As leis e portarias direcionadas à população idosa que incluem o âmbito do trabalho são: a Política Nacional do Idoso¹⁷, o Estatuto do Idoso²¹, a Política Estadual do Idoso²²⁻²³ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²⁶.

Estas contêm propostas que podem contribuir para a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho, como o desenvolvimento de mecanismos que coíbam sua discriminação e que estimulem sua contratação^{34, 50}, além da criação de programas de educação e de profissionalização^{32, 36}. Existem outras propostas que, se mais bem direcionadas, também podem resultar neste tipo de contribuição, como a prestação de serviços de laborterapia e de terapia ocupacional, a identificação das condições de trabalho de trabalhadores aposentados para evitar abusos e explorações e a criação de condições para a participação das pessoas idosas no mercado de trabalho^{30, 36, 51, 53}.

No entanto, as políticas públicas mencionadas ainda se mostram insuficientes para promover, de fato, a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho, demonstrando a necessidade de discussões e estudos que colaborem para maiores

detalhamentos e avanços acerca das diretrizes e recomendações relacionadas à participação laboral da população idosa³⁰.

Aponta-se o setor público da saúde em contextos hospitalares como uma categoria de trabalho que tem apresentado a intensificação das exigências laborais (como longas jornadas de trabalho, altas cargas físicas, intelectuais e psíquicas etc.) associada à deterioração das condições de trabalho (como insuficiência de materiais e equipamentos, estruturas físicas inadequadas, defasagem salarial etc.)⁵⁷⁻⁶². Este tipo de contexto pode ser uma barreira para a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho.

Face ao exposto, o presente estudo considera relevante e, por essa razão, se volta à compreensão dos fundamentos que podem promover e/ou dificultar a inserção e/ou a permanência das pessoas idosas no trabalho do setor público da saúde em contexto hospitalar.

OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Conhecer e analisar as bases que propiciam a permanência no trabalho e sua relação com os aspectos do envelhecimento, sob o ponto de vista de trabalhadores idosos, que atuam em um setor da área da saúde de um hospital escola público de média complexidade do município de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

- ❖ Apreender a percepção dos participantes sobre as potencialidades e os desafios provenientes da permanência no trabalho no local do estudo;
- ❖ Compreender aspectos psíquicos e subjetivos entre os participantes do estudo relacionados à permanência no trabalho após os 60 anos de idade;
- ❖ Verificar se a organização do trabalho hospitalar considera o envelhecimento e a experiência de seus trabalhadores no processo de trabalho da instituição.

MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

De acordo com Flick⁶³, a investigação qualitativa almeja compreender fenômenos sociais de diversas maneiras. Uma delas é através da exploração de experiências de indivíduos ou grupos por meio de histórias biográficas, práticas cotidianas e/ou práticas profissionais. Assim, este tipo de investigação esmiúça a maneira como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que lhes está acontecendo.

Com frequência, a investigação qualitativa se baseia em estudos de caso. Estes são capazes de organizar os dados da investigação de forma a preservar o caráter unitário de um determinado contexto. Por isso, considera-se que o caso, carregado de toda sua história e complexidade, é valioso para compreender o objeto do estudo⁶³.

Isto posto, depreende-se que o presente estudo possui natureza qualitativa, na medida em que visou compreender a experiência de pessoas idosas que se mantêm trabalhando. Além disso, também tem como característica ser um estudo de caso, já que buscou assimilar o seu objeto através do ponto de vista de um grupo singular de trabalhadores.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU USP) e as informações relacionadas a ele foram coletadas em 2019.

O HU USP está localizado na região Oeste do município de São Paulo e desenvolve atividades voltadas para o ensino e pesquisa, bem como para a assistência hospitalar de média complexidade.

No que tange às atividades acadêmicas, tal hospital produz aproximadamente 400 pesquisas por ano. Além disso, anualmente, oferece campo de ensino e pesquisa para cerca de 2.500 alunos entre graduandos e pós-graduandos dos cursos de ciências farmacêuticas, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional⁶⁴.

Este hospital também presta assistência às populações da universidade (composta pelo corpo docente, discente e servidores) e aos moradores do Distrito de Saúde do

Butantã (composto pelos bairros Butantã, Rio Pequeno, Morumbi, Raposo Tavares, Vila Sônia e Jaguaré), realizando atendimentos de emergência, consultas ambulatoriais, internações, cirurgias, partos e exames de imagem e de laboratório. Para isso, atua de forma regionalizada e integrada com os equipamentos de saúde da região, constituídos por Unidade Básica de Assistência à Saúde, Centro de Saúde-Escola e unidades do Programa Saúde da Família⁶⁴.

O HU USP é administrado por um Conselho Deliberativo e por uma Superintendência. O primeiro órgão é responsável pela provisão de normas, diretrizes, operações e gestão do hospital. Já o segundo, é responsável pela coordenação, supervisão e controle das atividades do hospital.

Subordinados diretamente a Superintendência, existem: o Departamento Administrativo; o Departamento Médico; o Departamento de Enfermagem; a Divisão de Farmácia e Laboratório Clínico; o Serviço de Nutrição e Dietética; a Divisão de Odontologia; e o Serviço de Biblioteconomia e Documentação Científica (Figura 1)⁷⁵. A partir deles, existem ainda outras Divisões, Seções e Serviços, contudo, será descrito mais à frente apenas aquele que for relacionado ao estudo.

Figura 1. Organograma do HU USP⁶⁴

A designação deste local justificou-se, principalmente, pela conveniência, visto que o referido hospital se insere na universidade na qual a mestranda e a orientadora deste estudo eram vinculadas (embora não tivessem vínculo com o próprio HU USP). Para além disso, houve alguns outros aspectos considerados pertinentes para a pesquisa.

Um deles se referia ao fato de que o HU USP vinha passando por um processo de desmonte de seu quadro de trabalhadores. Isso pôde ser notado, por exemplo, em 2015 e 2016, quando houve o “Programa de Incentivo à Demissão Voluntária” (PIDV) na USP.

Este programa visou uma recuperação financeira da universidade através da proposição de benefícios financeiros aos trabalhadores técnicos e administrativos que se demitissem voluntariamente. Em 2015, a idade máxima para se inscrever no programa era de 67 anos e, em 2016, era de 72 anos. Foram priorizados os trabalhadores com idade entre 55 e 67 anos, com 20 anos ou mais de trabalho na USP e que já estavam aposentados pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou com condições de aposentadoria^{65, 66}. No total, o PIDV desligou mais de 1.800 trabalhadores da universidade sem haver, necessariamente, novas contratações para repor o quadro de trabalhadores.

Apesar de o HU USP estar inserido neste processo de desmonte, ele oferecia estabilidade aos trabalhadores contratados via concurso público e possuía uma política voltada à preservação de seus trabalhadores contratados via regime celetista ou empresa terceirizada. Assim, este hospital oferecia vínculos de trabalho considerados estáveis atrelados à uma remuneração com valor acima do mercado. Isso gerava um interesse por parte de seus trabalhadores em permanecer neste local de trabalho. À vista disso, o HU USP tendia a possuir trabalhadores com o perfil desejado (trabalhadores idosos, que atuam na área da saúde) e, por isso, foi compreendido como uma oportunidade especial para a realização deste estudo.

4.3 Procedimentos metodológicos para a coleta de dados – Parte 1

4.3.1 Aspectos Éticos

O ponto inicial do estudo constituiu-se pela busca da aprovação do projeto de pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (instituição na qual a mestranda está vinculada através do Programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação) e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (instituição na qual foi realizado o estudo).

No mencionado projeto de pesquisa, foi definido que se convidaria para participar do estudo a Divisão, a Seção ou o Serviço do hospital que possuísse o maior número de trabalhadores idosos que atuassem na área da saúde. Essa seleção seria feita a partir de

um levantamento de dados sobre a função e a idade dos trabalhadores do HU USP. Contudo, para se ter acesso a estes dados, era necessário que o projeto já tivesse sido aprovado pelos Comitês de Ética. Concomitantemente, para submeter o projeto aos Comitês de Ética, exigia-se a carta de anuência da instituição em que seria realizado o estudo e o HU USP só poderia fornecê-la a partir da anuência da Divisão, Seção ou do Serviço em que seria realizada a pesquisa.

Por este motivo, discutiu-se junto ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU USP uma solução para este entrave, acordando-se que, a princípio, o estudo seria realizado no Departamento de Enfermagem, visto que, potencialmente, seria um dos locais com mais trabalhadores da área da saúde com idade a partir de 60 anos. Realizou-se, então, o pedido de anuência a este Departamento e ele foi atendido. A partir disso, foi possível obter a anuência do HU USP (APÊNDICE A) e a aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa (APÊNDICE B e APÊNDICE C).

Em seguida, realizou-se o levantamento de dados sobre os trabalhadores do HU USP, que será apresentado no próximo item. Com base nestes dados, identificou-se o Departamento Médico como o local que, em números absolutos, possuía mais trabalhadores da área da saúde com idade a partir de 60 anos, seguido pelo Departamento de Enfermagem. Por isso, houve a solicitação e obtenção da anuência do Departamento Médico do HU USP (APÊNDICE D), criando-se uma emenda no processo dos Comitês de Ética para inclui-lo no estudo.

Após perfazer o percurso descrito, o projeto de pesquisa foi aprovado pelos Comitês de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (APÊNDICE E) e do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (APÊNDICE F), sob protocolo CAAE número 87066318.1.0000.0065.

4.3.2 Panorama geral do quadro de trabalhadores do HU USP

O levantamento de dados sobre os trabalhadores do HU USP foi realizado a partir de uma planilha concedida pelo setor de Recursos Humanos do hospital. Tal planilha continha as seguintes informações de todos os trabalhadores contratados via concurso público até abril de 2018: sexo, idade, função e setor (este último se refere as diversas Divisões, Seções e Serviços do HU USP).

Segundo essas informações, o hospital era composto por 1.385 trabalhadores, sendo 928 do sexo feminino e 457 do sexo masculino. Dentre eles, 542 trabalhadores ocupavam as funções de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (Departamento de Enfermagem) e 242 trabalhadores ocupavam a função de médico (Departamento Médico), o que totalizava 784 trabalhadores. Portanto, a quantidade de trabalhadores com estas funções já representava mais da metade (56,6%) do quadro de trabalhadores de todo o hospital.

No que se referia à faixa etária, 117 trabalhadores possuíam 60 anos ou mais (8,44% do total), sendo 60 homens e 57 mulheres. Destes, a maior parte tinha entre 60 e 64 anos de idade (Tabela 1).

Tabela 1. Faixa etária dos trabalhadores idosos do HU USP

Faixa etária	Quantidade	%
60-64 anos	90	76,9
65-69 anos	23	19,7
A partir de 70 anos	04	3,4
Total	117	100

Fonte: Dados fornecidos pelo HU USP, 2018.

As funções exercidas pelos trabalhadores idosos eram diversas: ascensoristas, auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, contadores, cozinheiros, eletricitas, encanadores, enfermeiros, farmacêuticos, marceneiros, médicos, motoristas, operadores de caldeira, técnicos de laboratório, técnicos de nutrição e dietética, técnicos de radiologia, vigias, entre outros.

Contudo, em consonância com os dados supracitados, havia mais trabalhadores desta faixa etária nas seguintes funções: médicos (44 trabalhadores), técnicos de enfermagem (nove trabalhadores), auxiliares de serviços gerais (oito trabalhadores), enfermeiros (seis trabalhadores), técnicos de assuntos administrativos (seis trabalhadores) e auxiliares de enfermagem (quatro trabalhadores). As demais funções contavam com número inferior a quatro trabalhadores para cada uma delas.

As atividades de cada função eram exercidas em diferentes locais do HU USP. A Seção de Obstetrícia era o setor que, em números absolutos, mais possuía médicos com idade a partir de 60 anos, seguida pela Divisão de Clínica Cirúrgica. Já a Seção de Central

de Material e Esterilização era o setor que mais possuía técnicos de enfermagem nesta faixa etária (Tabela 2).

Tabela 2. Locais de trabalho dos médicos, enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem com idade a partir de 60 anos do HU USP

Função	Local de Trabalho	Quantidade
Médicos	Seção de Obstetrícia	9
	Divisão de Clínica Cirúrgica	6
	Seção de Pacientes Externos	5
	Seção de Pacientes Internos	5
	Serviço Anestesiologia	4
	Serviço de Diagnóstico Por Imagem	3
	Serviço de Ortopedia	3
	Seção de Cirurgia Geral	3
	Serviço de Especialidade de Apoio	2
	Divisão Clínica Pediátrica	2
	Seção Centro Cirúrgico	1
	Seção de Neonatos	1
Enfermeiros	Divisão de Gestão de Pessoas	2
	Departamento de Enfermagem Médica	2
	Seção de Pronto Atendimento Adulto	1
	Seção de Ambulatório	1
Técnico Enfermagem	Seção de Central de Material e Esterilização	2
	Seção de Centro Obstétrico	1
	Seção de Pronto Atendimento Adulto	1
	Seção de Ambulatório	1
	Seção de Pediatria	1
	Seção de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal	1
	Seção de Imagenologia e Endoscopia	1
	Seção de Alojamento Conjunto	1
Auxiliar Enfermagem	Seção de Pronto Atendimento Infantil	1
	Seção de Clínica Médica	1
	Seção de Centro Obstétrico	1
	Seção de Alojamento Conjunto	1
TOTAL		63

Fonte: Dados fornecidos pelo HU USP, 2018.

Cabe mencionar que o PIDV pode ter tido impacto no quadro de trabalhadores do hospital. Embora não se saiba a quantidade de trabalhadores que se demitiram especificamente do HU USP, considera-se que possa ter havido uma diminuição do número de trabalhadores idosos neste local.

4.4 População-alvo do estudo

Os critérios de inclusão para os participantes deste estudo foram:

1. Possuir idade de 60 anos ou mais, estabelecida pela OMS⁴ como idade mínima para ser considerada pessoa idosa;
2. Ocupar a função de médico da Seção de Obstetrícia do HU USP (SO HU USP), contratado via concurso público. Este critério se baseia na análise do quadro de trabalhadores do HU, que identificou a maior quantidade de pessoas idosas nesta função e neste setor do hospital;
3. Ter interesse em participar do estudo, expresso através de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO).

Os critérios de exclusão foram: não ter interesse em participar do estudo e/ou estar de férias e/ou licença durante a coleta de dados.

4.5 Contextualização do trabalho do médico obstetra

O médico é o profissional que reúne um conjunto de conhecimentos e técnicas com o objetivo de diagnosticar, prevenir, tratar e/ou manter a saúde do ser humano e da coletividade. Para se tornar médico é necessária uma formação no curso de graduação em medicina de, no mínimo, seis anos. Além disso, para se especializar em alguma área, o médico formado deverá cursar uma residência ou especialização reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina^{67, 68}.

No Brasil, essa profissão é uma das mais reconhecidas tanto financeiramente como no que se refere ao status social. De acordo com a Federação Nacional dos Médicos, em 2020, o valor sugerido para a cobrança por consulta médica é de, no mínimo, R\$ 187,49 e o

piso salarial por mês dos médicos para orientar negociações coletivas da categoria é de R\$ 15.274,34 para 20 horas semanais de trabalho⁶⁹.

A Resolução nº 2.221, de 23 de novembro de 2018, atualizou a relação de especialidades e áreas de atuação da medicina, definindo que existem 55 especialidades. Dentre elas, encontra-se a ginecologia e a obstetrícia. Para atuar nesta área é necessária uma residência que tem duração de três anos⁷⁰.

A ginecologia se volta para o conhecimento sobre o aparelho reprodutivo e as doenças femininas. Já a obstetrícia é responsável pelos cuidados da gestação, do parto e do puerpério. Em conjunto, elas formam uma especialidade clínico-cirúrgica encarregada pelo cuidado com a saúde da mulher. Os especialistas nesta área podem trabalhar em diversas instituições, como hospitais, centros de partos, consultórios e clínicas médicas, centros de reprodução assistida, unidades básicas de saúde, centros de referência da saúde da mulher, entre outros⁶⁸.

Diante do exposto, nota-se que a classe médica, de uma forma geral, possui um perfil bastante distinto da maior parte da população de trabalhadores brasileiros, no que tange à formação, status social, remuneração e até possibilidade de locais de trabalho. Desta maneira, compreende-se que essa classe pode apresentar pontos de vista sobre questões do trabalho que não se aplicam às outras categorias da saúde. Contudo, ainda assim, acredita-se que, por ser uma classe bastante singular, pode nos indicar questões relevantes sobre a presença e permanência de pessoas idosas no trabalho.

4.6 Contextualização da Seção de Obstetrícia do HU USP

O HU USP foi inaugurado no dia 06 de agosto de 1981. No momento da inauguração, o atendimento em pediatria foi um marco na história do hospital. Em 16 de dezembro do mesmo ano, iniciou-se o atendimento em ginecologia e obstetrícia, com a realização do primeiro parto em 31 de dezembro de 1981⁶⁴. Assim, a SO HU USP é um dos setores mais antigos do hospital e talvez isso justifique o fato de ser um dos locais com mais médicos idosos.

A SO HU USP pertence à Divisão de Obstetrícia e Ginecologia que, por sua vez, está subordinada ao Departamento Médico do HU USP (Figura 2). De acordo com dados de 2019, a maternidade do HU USP já realizou mais de 100 mil partos e atende a

população de seu entorno (cerca de 500 mil habitantes), bem como pacientes de outras regiões que procuram o serviço⁶⁴.

Em 2019, esta Seção era composta por uma secretária, dois chefes (sendo um da Divisão de Obstetrícia e Ginecologia e outro da Seção Técnica de Pronto Atendimento e Centro Obstétrico) e 26 médicos. Os dados referentes aos trabalhadores contratados até abril de 2018 indicavam que havia nove médicos com idade a partir de 60 anos na SO HU USP e este número manteve-se até 2019. Depreende-se, assim, que um pouco mais de um terço do quadro de médicos desta Seção era composto por pessoas idosas.

Figura 2. Organograma do Departamento Médico do HU USP⁶⁴

4.7 Procedimentos metodológicos para a coleta de dados – Parte 2

Para dar início à coleta de dados, providenciou-se, junto à secretaria e à chefia da SO HU USP, uma reunião com os médicos da Seção, na qual houve a apresentação e o convite para participar da pesquisa.

Na ocasião, a Seção possuía nove médicos que se enquadravam na maior parte dos critérios de inclusão de participantes. Entretanto, oito médicos foram convidados para participar do estudo, já que um deles estava de férias. Dentre os convidados, cinco aceitaram participar. Assim, houve três recusas e acredita-se que o motivo tenha sido a falta de interesse dos médicos pelo estudo.

Em seguida, ainda com o intermédio da chefia da SO HU USP, que indicou as datas e comunicou os participantes, foram agendados dois encontros no mês de janeiro de 2019 para a realização de grupo focal.

O grupo focal se caracteriza como uma técnica que, através da expressão dos investigados, favorece o aprofundamento de estudos sobre fenômenos sociais. Esta técnica se baseia em discussões semiestruturadas com grupos de quatro a 12 pessoas selecionadas pelo pesquisador. Durante o grupo, os participantes recebem estímulos para o debate e dialogam sobre um tema em particular, que é o objeto de pesquisa^{71, 72}.

A viabilidade de compreender a relação entre o cotidiano dos participantes e o tema debatido foi o principal motivo que levou à escolha pelo grupo focal. Essa proposta também foi considerada apropriada para o estudo porque a interação grupal pode estimular os participantes a explorarem as perspectivas individuais e coletivas e a construir significações sobre crenças, sentimentos, experiências e opiniões⁷².

Os encontros do grupo focal ocorreram em uma sala do HU USP, no horário de trabalho dos participantes. Eles foram direcionados pelas responsáveis do estudo, que se dividiram da seguinte maneira: 1) a mestrande, formada em terapia ocupacional e que já havia tido experiência com grupo focal durante a graduação, desenvolveu o papel de moderadora principal. Assim, teve como função direcionar a discussão entre os participantes; 2) a orientadora, professora doutora do curso de terapia ocupacional e que possuía ampla experiência com pesquisa (inclusive, utilizando o método de grupo focal), atuou como moderadora assistente, apoiando a mestrande na condução do grupo e controlando o tempo dele.

Além disso, ambas fizeram anotações e observações sobre percepções do grupo. Estes papéis foram acordados antes dos encontros e buscaram possibilitar que a mestrande vivenciasse a condução de um grupo de pesquisa, ainda que assessorada pela orientadora.

O desenvolvimento do grupo teve como pergunta norteadora geral: “Como vocês se mantêm no trabalho da SO HU USP após os 60 anos de idade?” e foi direcionado por um roteiro semiestruturado elaborado pelas responsáveis do estudo. Este roteiro teve como finalidade favorecer a discussão do grupo relacionada aos objetivos da pesquisa⁷⁰ e englobava, para cada encontro, uma pergunta disparadora e alguns elementos relativos a ela para serem discutidos.

No início do primeiro encontro, foi realizada uma breve apresentação das responsáveis pelo estudo e de cada participante, que forneciam dados como nome,

formação, idade e sobre o percurso profissional até o momento. Também foi feita a leitura em conjunto do TCLE e aberto um espaço para sanar dúvidas sobre ele. Cada participante assinou duas vias do TCLE, ficando uma com as pesquisadoras e outra com o participante. Além disso, foram feitos alguns acordos, como: não haver tempo para intervalo e qual seria o horário de término do encontro. Em seguida, deu-se início à discussão.

De acordo com o roteiro semiestruturado, no primeiro encontro, a pergunta disparadora de discussão foi: “Como é para vocês trabalhar após os 60 anos de idade na SO HU USP?”. Neste encontro, discutiu-se sobre:

- as atividades que eram realizadas pelos participantes na SO HU USP;
- como era a organização do trabalho na Seção e se ela considerava o processo de envelhecimento dos participantes;
- as potencialidades e os desafios que os participantes encontravam ao trabalhar neste local com a idade que possuíam.

Já no segundo encontro, a pergunta disparadora de discussão do grupo foi: “Quais são as circunstâncias que promovem sua permanência no trabalho da SO HU USP?”. Neste outro encontro, discutiu-se sobre:

- o porquê de os participantes continuarem trabalhando;
- os aspectos do trabalho na SO HU USP que os participantes consideravam como inibidores da permanência no trabalho e o que faziam para lidar com eles;
- os aspectos do trabalho na SO HU USP que os participantes consideravam como promotores da permanência no trabalho.

Cada encontro teve duração de três horas, totalizando seis horas. No primeiro encontro, compareceram cinco médicos e, no segundo, quatro médicos. Os médicos do segundo encontro foram os mesmos do encontro anterior, não se sabendo o motivo da ausência de um deles.

Cabe mencionar que a SO HU USP e os participantes do estudo se mantiveram disponíveis para o agendamento de mais datas para a coleta de dados. No entanto, ao finalizar o segundo encontro, as responsáveis pelo estudo consideraram que os dados obtidos eram suficientes para a pesquisa, concluindo-se, assim, esta etapa.

4.8 Procedimentos metodológicos para análise de dados

Os encontros foram gravados em áudio e a mestranda realizou a transcrição das falas do grupo focal. A transcrição em conjunto com as anotações e observações realizadas durante o grupo deram origem ao material final do estudo. Este material foi examinado com base na análise temática de conteúdo⁷³.

A análise temática de conteúdo é compreendida como um conjunto de procedimentos de análise das comunicações que busca identificar, organizar, analisar e descrever padrões (temas) dentro de dados. Assim, esta técnica busca o sentido ou os sentidos de uma comunicação, tendo por finalidade a produção de inferências^{vii 73}.

Neste estudo, a análise temática foi realizada de forma essencialista/realista, indutiva e semântica. O tratamento essencialista/realista indica que o estudo relata as motivações, experiências, significados e realidade dos participantes. Já a forma indutiva aponta que a análise do estudo é derivada dos dados, ou seja, os temas apresentados no estudo estão intrinsecamente ligados aos dados coletados no grupo focal. Portanto, os temas não são impulsionados por um referencial teórico, havendo um processo de codificação dos dados sem tentar encaixá-los em um quadro de codificação pré-existente ou os preconceitos analíticos do pesquisador⁷⁴.

Por fim, a abordagem semântica significa que os temas são identificados dentro dos significados explícitos dos dados coletados, nos quais estes são organizados para mostrar padrões em conteúdo semântico para a interpretação⁷⁴.

A análise dos dados do grupo focal percorreu as seguintes etapas⁷³:

1. pré-análise, na qual realizou-se a leitura flutuante do material;
2. análise do conteúdo do material, que identificou núcleos de sentidos expressos pelos participantes;
3. elaboração dos grupos temáticos que sintetizassem as falas dos participantes acerca do objeto de estudo;
4. análise final e descrição das temáticas elencadas.

^{vii} Na análise de conteúdo, o termo “inferência” diz respeito ao ato de se criar suposições, conclusões a partir do material que está sendo estudado⁷¹.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização dos participantes do estudo

Levando em consideração os dois encontros do grupo focal, cinco médicos participaram do estudo. Destes, dois eram do sexo feminino e três eram do sexo masculino. As idades deles variaram entre 63 e 68 anos. Já o tempo de trabalho no HU USP variou entre 34 e 38 anos.

Todos os participantes já possuíam o benefício previdenciário (aposentadoria) mas continuavam trabalhando. Além do HU USP, alguns deles também atuavam em consultórios particulares ou em serviços públicos ligados à Prefeitura de São Paulo.

A tabela 3 elucida o perfil dos participantes do estudo, sendo que para cada participante foi atribuído um código (P1 ao P5) com o intuito de manter a confidencialidade dos sujeitos.

Tabela 3. Perfil dos participantes do estudo

Participante	Sexo	Idade	Tempo de trabalho no HU USP
P1	F	68 anos	37 anos
P2	F	63 anos	34 anos
P3	M	66 anos	34 anos
P4	M	64 anos	38 anos
P5	M	64 anos	34 anos

Fonte: Dados coletados na pesquisa, 2019.

5.2 Caracterização do trabalho realizado pelos participantes do estudo

O trabalho realizado pela equipe da SO HU USP era composto, principalmente, por atividades voltadas à assistência e ao ensino.

Os participantes realizavam diversas atividades relacionadas à assistência médica no hospital. A maior parte delas estava ligada à Seção de Obstetrícia, como realizar exames de ultrassonografia, atender no ambulatório e na enfermaria e realizar cirurgias (partos/cesárias) no Centro Obstétrico. Contudo, além disso, os participantes atendiam a

livre demanda de pacientes que procuravam o Pronto Atendimento (PA) do HU USP, em conjunto com médicos de outras Seções.

No que se refere ao ensino, pelo fato de o HU USP ser um hospital escola, os participantes realizavam a preceptoria dos alunos da graduação em medicina (internos) e da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia, ambas da Faculdade de Medicina da USP. Esta atividade consistia em monitorar os internos e residentes, de acordo com a programação de cada curso, nos atendimentos que ocorriam no PA e na SO do HU USP.

5.3 Categorização dos temas emergentes no grupo focal

A análise das informações obtidas no grupo focal deu origem a três conjuntos temáticos, sendo: 1. Potencialidades da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP; 2. Desafios da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP; 3. Bases da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP.

As categorias de análise e suas respectivas unidades de registro constam no Quadro 2. Estas serão apresentadas com alguns trechos da transcrição das falas para ilustração da análise. Para melhor compreensão dos relatos, foram retirados vícios de linguagem oral.

Quadro 2. Categorias de análise e unidades de registro

Categorias de análise	Unidades de registro
Potencialidades da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	Potencialidades do ponto de vista individual
	Potencialidades do ponto de vista coletivo
Desafios da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	Conteúdo do trabalho
	Impasses relacionados ao HU USP
	Conflitos de gerações
	Falta de novos desafios no trabalho
Bases da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP	Relação envelhecimento e trabalho
	Singularidade do trabalho
	A inatividade laboral como geradora de perdas
	Prazer no trabalho realizado

Fonte: Dados coletados na pesquisa e analisados pelas responsáveis do estudo, 2019/2020.

5.3.1 Potencialidades da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP

O fato de permanecer trabalhando, após os 60 anos de idade, foi considerado como um gerador de potências, já que possuía elementos positivos para os participantes, tanto no nível individual como no coletivo.

5.3.1.1 Potencialidades do ponto de vista individual

Os participantes mencionaram que o tempo de trabalho possibilitou o acompanhamento de diversas abordagens e condutas obstétricas que surgiram ao longo dos anos. Por utilizar muitas delas, os participantes criaram um pensamento crítico e experiência sobre elas. Isso lhes gerava a sensação de que possuíam contribuições a trazer para o trabalho que realizavam.

P4: Minha experiência pessoal é muita. Só no HU eu tenho 37 anos e estou perfeitamente ativo com 64 anos. Acho que a gente é produtivo e abrir mão de uma experiência viva, acumulada e aprendida...não...tem muito mais para viver, ensinar e contribuir, eu acho.

Como exemplo, citaram as condutas referentes ao parto. Os participantes vivenciaram a época em que se realizava, principalmente, o parto normal, até pelo fato de haver menos tecnologia. Posteriormente, observaram que a cesárea ganhou maior preferência (por parte das pacientes e do próprio médico) pela possibilidade de maior auxílio tecnológico e de uma previsão de tempo e data. Atualmente, relataram que o parto normal vem ganhando espaço novamente, caracterizando-se como “parto humanizado”.

Assim, notaram que os médicos que estavam iniciando sua prática na obstetrícia estavam tendo uma formação na qual o parto humanizado estava sendo mais referenciado. Da mesma forma, muitas pacientes acreditavam que o parto humanizado era melhor, até por conta da publicidade que estava se dando sobre ele.

Por um lado, os participantes concordavam que o parto humanizado possuía uma série de benefícios e, sempre que possível, davam preferência por realizar este tipo procedimento. Por outro lado, notavam que, algumas vezes, tanto pacientes como profissionais, tinham preferência por este procedimento sem, no entanto, ter ciência de

todos os critérios de elegibilidade para a segurança da mãe e de seu bebê. Neste sentido, os participantes apresentavam um conhecimento importante para ser passado para as gerações mais jovens e para a população atendida.

P2: Tem paciente que chega querendo parto normal, acreditando que se o bebê morrer é porque era para ser.

P3: Alguns grupos defendem fervorosamente que você não pode pôr a mão na paciente [durante o parto] e tem uma parte dos alunos que se identifica com isso. E o que a gente quer explicar é que a gente está em um hospital, fazemos um monte de parto normal, mas não da maneira, da radicalidade que o pessoal quer.

Além das novas abordagens e condutas, os participantes acompanharam o surgimento de novas tecnologias e consideravam que elas eram um instrumento positivo para a medicina, em especial para a obstetrícia. Contudo, relataram que, pelo fato de o HU USP não ser um hospital de alta complexidade, não possuía os equipamentos mais modernos.

P4: Nós somos de um hospital básico. Tecnologia avançada, não temos.

P3: A tecnologia vem para ajudar e a gente consegue acompanhar.

Em virtude das diversas mudanças que foram surgindo ao longo do tempo no âmbito do trabalho dos participantes, eles afirmaram que permanecer trabalhando era positivo porque lhes estimulava buscar a requalificação frequente para realizar a assistência das pacientes e a formação dos alunos. Dessa maneira, embora não tivessem acesso à todas as inovações que surgiam, sempre que necessário, procuravam se atualizar sobre os novos assuntos, ainda que apenas de forma teórica (através de aulas, cursos, congressos e estudos).

P5: Os alunos vão ver lá no HC [Hospital das Clínicas, que é um hospital de alta complexidade] alta tecnologia. E quando eles vierem aqui e nos questionarem sobre o assunto, a gente corre por fora...estuda, faz curso, vai em congresso para se atualizar.

Da mesma forma, citaram que o trabalho lhes estimulava a exercitar competências, como a tolerância, que poderia sofrer alterações por conta do envelhecimento.

P5: Acho que o envelhecimento te dá a possibilidade de ser mais tolerante, não só especificamente com o trabalho...até com a gente mesmo. Mas com o trabalho, a gente vai tendo que ficar mais tolerante a tudo, no dia a dia mesmo.

P3: Com o passar do tempo, você tem que se controlar um pouco mais porque vai perdendo um pouquinho da paciência. Mas nós estamos em um hospital escola, tem que ter paciência até o último minuto, é obrigação nossa.

5.3.1.2 Potencialidades do ponto de vista coletivo

Do ponto de vista coletivo, os participantes consideravam que o tempo de trabalho foi positivo para a equipe da SO HU USP pois estabeleceu e fortaleceu as relações entre os trabalhadores. Essas relações beneficiavam o próprio trabalho, já que os participantes criaram uma equipe estruturada para a realização do trabalho em conjunto.

P1: Eu estou com o P. desde a residência. São 40 anos de convivência eu e ele. Temos um grupo muito gostoso de trabalhar.

P5: Temos uma equipe que trabalha muitos anos juntos. Com o tempo, fica uniforme porque segue os protocolos da faculdade, temos a mesma formação. Posso chamar qualquer um para me ajudar que vou estar bem assessorado.

Relataram que os médicos da SO HU USP tinham empatia uns pelos outros e buscavam se preservar coletivamente. Os participantes mencionaram como exemplo o caso específico de um colega de trabalho, com idade superior a 60 anos. Este colega possuía uma dificuldade física e, por conta disso, a forma como estava organizada determinada atividade era inconveniente para ele. Como a instituição não tomou nenhuma ação para adequar esta situação, o coletivo da SO HU USP se reorganizou de forma que a atividade fosse mais adequada a ele. Passado algum tempo, ele já não a faria de qualquer forma, mas se precisasse fazer, o coletivo iria acolhê-lo porque, caso contrário, essa atividade limitaria a atuação profissional do colega.

P5: A gente tem um colega que tem uma condição física restritiva, mas ele tem uma experiência muito grande e gosta de fazer parto. Então, ele não dá mais plantão, fica todo dia de manhã. Foi um arranjo interno nosso. Agora se ele tivesse que fazer plantão à noite, já teria ido embora.

Além de boa relação com os pares para a realização do trabalho, os participantes afirmaram que o tempo de trabalho contribuiu para a construção de relações de amizade, principalmente entre os médicos da SO HU USP, já que eles tinham questões em comum, como o trabalho, interesses, idade etc.

Essas relações foram construídas com o tempo e ultrapassaram as barreiras do trabalho, estendendo-se para a vida pessoal. Deste modo, os participantes compartilhavam outros momentos, como jantares e viagens. Embora a relação mais próxima de amizade não fosse com todos os profissionais do HU (se limitava mais aos médicos), os participantes referiram que as relações sociais também eram consideradas como um ponto positivo de se manter trabalhando.

P1: Tem um grupo mais fechadinho, que são as pessoas mais antigas que a gente está desde que o hospital foi fundado. E a gente preserva isso porque fora daqui a gente se encontra, vai jantar junto ou, às vezes, vai para a praia.

5.3.2 Desafios da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP

Além das potencialidades, os participantes mencionaram que esbarravam em desafios ao permanecer no trabalho da SO HU USP. Estes estavam ligados ao conteúdo do trabalho, aos impasses relacionados ao HU USP, à vivência de conflitos de gerações e à falta de novos desafios no trabalho.

5.3.2.1 Conteúdo do trabalho

Um dos principais desafios para a permanência no trabalho estava relacionado a carga laboral do médico que, de uma forma geral, era bastante exacerbada. Os participantes mencionaram que, comumente, os médicos conciliavam trabalhos em diferentes lugares, realizando plantões noturnos e aos finais de semana, o que diminuía o

tempo para descanso e aumentava o desgaste físico no trabalho. Isso se dava por uma aspiração econômica (buscavam maior retorno financeiro) e por uma cultura de trabalho que se instalava desde a formação.

P3: Eu acordo às 5:30 da manhã, trabalho na Prefeitura que eu sou aposentado agora, trabalho no HU também, tenho consultório, opero a noite, durmo seis horas por noite. Dou plantão de sábado, de domingo.

P5: Desde que a gente se forma, é colocado na cabeça da gente que é normal trabalhar 60, 70 horas por semana. Desde o começo, a gente faz hospital, consultório, prefeitura, opera de noite. Isso a gente traz até hoje. Estamos com 60, 60 e poucos anos e a maioria trabalha na faixa das 50, 60 horas por semana.

Além disso, os participantes citaram que eles precisavam estar o tempo todo à disposição, no sentido de que, caso houvesse uma emergência, o médico seria acionado, mesmo que estivesse no seu período de folga. Somava-se a isso, o fato de que o desgaste físico influenciava negativamente nas habilidades cognitivas e o trabalho precisava ser feito com atenção e precisão, pois envolvia riscos à saúde da paciente ou do seu bebê, por exemplo.

P3: Nós que somos obstetras, o telefone toca de madrugada.

P2: Porque você está pondo em risco a vida de uma pessoa se for, por exemplo, uma cirurgia.

As atividades laborais geravam cansaço para os participantes, já que havia muito trabalho e pouco descanso. Estes eram ainda mais sentidos porque os participantes observaram um declínio na capacidade física intrínseca decorrente do processo do envelhecimento. Desta forma, eles afirmaram que as cargas laborais se configuravam como um desafio para permanecer no trabalho, especialmente a longo prazo.

P2: A gente vai cansando pelo ritmo que a gente tem, é um negócio pesado.

P4: O nível de estresse é muito grande. As horas de turno, plantão sem dormir, acabam com a gente. Nosso trabalho intelectual também é muito pesado.

P3: O pessoal trabalha direto. Não vai descansar. No começo, eu ia para plantão, consultório e tinha prazer. Hoje, dar plantão e ir para o consultório já não é prazeroso porque estou cansado. Estou seguindo, mas estou cansado.

Também mencionaram que existia uma carga relacionada à atividade de preceptoria, especialmente dos alunos de graduação em medicina, que apresentavam uma inexperiência e dependência maior dos profissionais do HU. Assim, os participantes tinham que lidar com a demanda do processo de ensino dos alunos.

Eles relataram que precisavam acompanhar os alunos nos atendimentos, apresentar e rever todos os procedimentos realizados, o que gerava uma lentidão no fluxo do hospital. Além disso, a responsabilidade pelo que os alunos realizavam no HU USP era dos médicos. Estes fatores aumentavam a carga cognitiva e responsabilidade, pois os participantes precisavam estar o tempo todo atentos ao que estava acontecendo durante os atendimentos dos alunos.

P2: O aluno sai da sala para discutir o caso, entra na sala para perguntar outras coisas para a paciente, você tem de conferir todo o exame dele, examinar a parte obstétrica junto com ele...o caso que eu atenderia em dez minutos, demora meia hora, 40 minutos.

P1: Se formos só três obstetras, sem internos, sem residentes...dá mais agilidade. Mas tem residente, tem interno. Se algum interno fizer alguma coisa errada, você tem que ver...seu residente, entendeu? É a gente que vai responder.

P3: A responsabilidade é maior. Você está do lado, ele atende, você está sempre ligado.

Embora reconhecessem que a atividade de preceptoria dos alunos aumentava a carga do trabalho realizado na SO HU USP, compreendiam que elas eram inerentes a este trabalho pelo fato de o HU ser um hospital escola.

P3: O intuito nosso é ensinar. Porque, se não, qual que é o sentido da coisa? A gente enquanto está em um hospital escola é obrigação nossa.

5.3.2.2 Impasses relacionados ao HU USP

Os participantes apontaram alguns impasses relacionados ao HU USP que foram considerados como desafios para permanecer no trabalho da SO.

- Falta de flexibilização da organização do trabalho

Como indicado, os participantes percebiam uma queda na capacidade física intrínseca. Deste modo, eles consideravam que, na medida em que pudessem balancear as cargas laborais, seria possível compensar este declínio e melhorar/manter seu desempenho laboral.

P3: Hoje você sente a idade, mas se você tivesse um tempo para poder descansar, ia levar muito mais para frente.

P5: No caso da idade, o que pesa mesmo é a resistência física para o trabalho a mais que se faz, não do trabalho normal do dia a dia. Só que a carga horária da gente ainda é grande também.

Contudo, nem sempre este balanceamento era possível em virtude de uma falta de flexibilidade da organização do trabalho na SO HU USP. Para demonstrar este fato, utilizaram os plantões noturnos como exemplo.

As principais atividades do HU, como consultas e exames agendados, ocorriam durante o dia. Por isso, a demanda de trabalho do hospital e o número de profissionais eram maiores neste período. A equipe da SO HU USP se dividia para as atividades de assistência, havendo cerca de um médico no setor de ultrassom, um médico no ambulatório, dois médicos na enfermaria, três ou quatro médicos no PA etc. Dessa maneira, cada setor da assistência possuía um ou mais médicos durante o dia.

Já o período da noite (das 19 horas às 7 horas) constituía-se como horário de plantão e era mais voltado aos atendimentos de emergência ou dos pacientes internados. Neste horário, existia um número reduzido de profissionais, mas nem sempre a demanda de trabalho reduzia-se na mesma proporção. Desta forma, os médicos que estavam realizando o plantão, muitas vezes, precisavam atuar em mais de um setor ao mesmo

tempo. Por exemplo: se haviam dois médicos de plantão, eles precisariam atender os quatro setores (de ultrassom, ambulatório, enfermaria e PA) concomitantemente.

Por este motivo, os participantes referiram que os plantões noturnos, configuravam-se como a atividade que causava mais desgaste, já que havia uma carga laboral maior para cada trabalhador. Além disso, quando realizavam esses plantões, não dormiam durante a noite e trabalhavam durante o dia, havendo dificuldade para recompor as horas de sono perdidas ou desorganizadas.

P5: Muitos de nós vão, progressivamente, abandonando o trabalho noturno, na medida em que pode, porque de dia a gente toca numa boa. Plantão noturno, queima três dias. Dá um plantão noturno, é três dias para recuperar.

P3: Depois dos 60, dar plantão à noite, tem um declínio na recuperação. Porque você acaba trabalhando no dia seguinte e aí é uma coisa que pesa mais.

Segundo os participantes, se eles pudessem realizar a carga horária dos plantões durante o dia, ou não realizar plantões, eles poderiam descansar a noite e desenvolver suas atividades diurnas com mais disposição. Entretanto, não havia a possibilidade de eles estruturarem a sua carga horária de trabalho.

Portanto, a falta de flexibilização na SO reduzia ou não permitia a participação dos trabalhadores na organização do próprio trabalho, o que gerava a sensação de impotência e pouca perspectiva de melhora do desgaste decorrente do trabalho. Houve, inclusive, uma participante que referiu que estava se preparando para se aposentar por causa da impossibilidade de flexibilização da carga horária.

Para além da inflexibilidade, o hospital não levava em consideração o processo de envelhecimento de seus trabalhadores na organização do trabalho. Ao se considerar que ele se trata de um processo universal e previsível, poderia ser mais bem acolhido pela instituição e não repercutir de forma tão negativa na realização das atividades laborais.

P2: Se a gente tivesse opção de não dar plantão noturno, eu continuaria mais tempo para fazer o trabalho diário, que não é tão cansativo. Só que não estou mais aguentando dar plantão noturno e não posso ter a opção “não dar mais [plantão noturno]”, você é obrigado a dar, aqui é tudo ou nada.

Evidentemente que, de acordo com o perfil e preferências de cada trabalhador, haveria diferentes graus de desgastes para cada atividade. Por exemplo, um participante que relatava não gostar muito da interação com os pacientes, tinha preferência pelas atividades cirúrgicas, em que, normalmente, o paciente está inconsciente por conta da anestesia. Para outros, esta atividade era cansativa fisicamente.

Mesmo ponderando essas diferenças de perfis e preferências, além dos plantões, que foram considerados unanimemente como a atividade mais exaustiva, os participantes citaram outras atividades que, para o conjunto, eram consideradas desgastantes, como: realizar a preceptoria dos alunos de medicina, que exigia um processo de ensino-aprendizagem, no qual eles deveriam estar constantemente dando atenção ao aluno, havendo dificuldades nesta relação (que será descrita mais adiante); e os atendimentos no PA, que eram bastante dinâmicos e imprevisíveis.

- Mudanças do HU USP

Foi relatada falta de constância na organização do trabalho devido alterações da superintendência do hospital. Como, de tempos em tempos, havia mudanças na superintendência, também havia mudanças na forma de gerir o hospital. Isso causava certa insegurança para os participantes porque as determinações de um superintendente poderiam ser alteradas, gerando uma descontinuidade em alguns processos do trabalho.

P5: Uma coisa que muda a satisfação do trabalho é essa inconstância. Porque muda as questões do plantão toda hora, muda a direção do hospital toda hora. Hoje é um superintendente, amanhã já é outro, daqui 15 dias já é outro.

P2: A gente não sabe o que vai acontecer...

Os participantes também referiram que, nos últimos anos, observaram mudanças negativas no HU, como a diminuição do quadro de funcionários, a limitação do salário, a alteração da escala de plantões, dentre outros. Estas mudanças causavam o aumento da sobrecarga de trabalho (para os trabalhadores de todas as idades) e a sensação de falta de reconhecimento e consequente desestímulo no trabalho, especialmente ao considerar que os participantes faziam um esforço para dar conta da demanda na SO.

P5: A gente fazendo 60 anos coincidiu com a redução do número de médicos no hospital. Então, não é só que a gente ficou mais cansado, mas é que tem mais trabalho. Antes dividia o plantão em três médicos, agora divide em dois. Fica sobrecarga para todo mundo, para os jovens e para gente.

P3: Nos outros lugares, esquema de plantão é assim: tem cinco, vão dois. O cara tem que dar quatro plantões no mês, ele vai uma vez. Aqui a gente nunca teve isso. Isso acho que também é interessante falar. É errado lá? É errado lá. Mas aqui a gente sempre cumpriu horário...então, esse corte de salário, corte de pessoal, tudo, perante todo o serviço público, pelo menos dentro do que a gente conhece, né...quer dizer, é uma sacanagem.

Diante da diminuição do quadro de funcionários do HU USP, os médicos da SO precisaram reorganizar a equipe de forma que a menor quantidade de médicos que se mantinham na Seção atendesse a demanda de trabalho que possuíam. Com isso, alguns dos participantes tiveram que alterar a escala de plantões, o que gerou descontentamento, pois passaram a realizar mais plantões aos finais de semana, impactando, inclusive, na vida social deles.

Além disso, antes dessas mudanças do HU, os plantões aos finais de semana possuíam uma remuneração maior. Após essas mudanças, os valores passaram a ser os mesmos que os plantões que eram realizados durante a semana (pelo menos, no caso dos participantes).

P2: Me tiraram quatro quartas-feiras de manhã e eu tenho que vir dois sábados ou dois domingos fazer 12 horas. Acabou com a vida social de casa porque eu já tinha dois plantões de final de semana. Você fica revoltado porque tiraram sua carga horária para você vir no final de semana e não vai ganhar nada mais para isso.

Por conseguinte, os setores que não se reorganizaram com o número reduzido de profissionais, contrataram novos médicos porque não havia o suficiente para a realização das atividades. Assim, enquanto a SO HU USP teve uma diminuição do quadro de médicos e um aumento da carga de trabalho, em outros setores, ocorreu o oposto.

P2: Não queríamos trocar nossa carga horária. Isso pesa muito para gente...ver que você abriu mão, porque tem clínicas que não abriram mão de trocar carga horária e vão ser as clínicas mais beneficiadas com a contratação de novos médicos. Não, não está faltando médico, eles têm o dobro de profissionais que a obstetrícia, só que eles não trocaram a carga horária por plantão. Então, tem buraco no plantão.

- Falta de estímulo do HU USP

Os participantes consideravam que o HU não estimulava o trabalho realizado na SO, o que também gerava desmotivação neles. Para explanar essa falta de incentivo, mencionaram que existiam alguns programas do Ministério da Saúde voltados para gestantes e bebês.

Para aderir a esses programas era necessário um estudo e envolvimento com os protocolos preconizados. Ou seja, demandava-se um esforço por parte da equipe para integrar os programas ao hospital. Quando o hospital aderiu a estes programas, recebia um reconhecimento financeiro e social. Isso era visto como algo positivo. Entretanto, os participantes relataram que este reconhecimento, muitas vezes, não chegava à Seção deles. O que ocorria era que o valor recebido como reconhecimento dos programas acabava sendo direcionado para outros setores do hospital.

P2: Você pega esses programas do Ministério da Saúde: Rede Cegonha, Hospital Amigo da Criança...ficam cobrando a gente por essa assistência. Então, você tem que assumir uma série de protocolos, o hospital ganha com isso. Vem para a obstetrícia? Não. Aí, dão para outros setores do hospital. Quer dizer, nem esse estímulo a gente tem.

5.3.2.3 Conflitos de gerações

Os participantes mencionaram sentir uma sobrecarga relacionada à atividade de ensino e preceptoria, contudo, ela era considerada inerente ao trabalho pelo fato de o HU USP ser um hospital escola. No entanto, reconheciam que existiam questões desta atividade que não necessariamente eram intrínsecas ao trabalho, com as dificuldades na

relação com os alunos que se configuravam como outro desafio para permanecer no trabalho.

Os participantes notavam que, por vezes, havia dificuldade de diálogo com os alunos e que recebiam críticas pouco fundamentadas sobre as condutas e nomenclaturas que adotavam em sua prática de trabalho. Citaram, por exemplo, que perguntas técnicas eram realizadas em forma de confronto ou que, diante de dúvidas ou de ações que poderiam ser mal avaliadas, os alunos davam maior credibilidade a jargões de internet ou até mesmo a denúncias diretas ao Ministério Público sem que os participantes pudessem argumentar. Estes comportamentos diminuam as possibilidades de diálogo e troca de opiniões.

P1: Outro dia nasceu um menininho. Aí, o pediatra falou que era um menino e a residente falou: “Não, isso não sabemos ainda. Não podemos decidir isso agora, só mais tarde”.

P4: Nosso amigo, fazendo um parto, nasceu o nenê. A paciente falou: “Doutor, me deixa fechadinha”. Ele: “Claro filha, a gente sempre capricha. Aliás, a gente sempre dá o ponto, chama ‘Ponto do Marido’, já ouviu?”. A interna achou aquilo um absurdo, “machismo”, “ponto do marido” [é um nome comumente conhecido] e denunciou no Ministério.

P5: Uma médica, no momento da cirurgia, a cirurgia já era a quarta cesária da mulher, falou assim: “Olha senhora, sua barriga está muito ruim, você tem que tomar cuidado de engravidar de novo porque você tem risco de morrer”. O aluno escreveu no fórum: “Médica falou que a paciente vai morrer”.

Uma justificativa para essa dificuldade de relação era de que havia um choque de geração entre eles e os alunos devido a diferença de idade e a forma como cada geração compreendia questões relativas ao trabalho e ao ensino na SO HU USP.

P1: Realmente existe uma diferença grande [de idade]. A educação deles é totalmente diferente do que foi a nossa, e até do que foram nossos filhos.

P3: Nós estamos entrando dentro de um outro processo e quem vem junto com eles [profissionais mais jovens], com a mesma mentalidade, vai tolerar isso, vai se adaptar melhor. Nós temos uma educação diferente.

Os participantes alegaram que o perfil e o posicionamento dos alunos diante dos profissionais haviam mudado se comparado à época deles, na qual havia uma maior subordinação à hierarquia. Eles consideravam que não era necessário haver uma relação verticalizada, mas que havia necessidade de respeito pelo que eles faziam, já que tinham experiência no trabalho.

P3: Nosso tempo era diferente, os assistentes se consideravam muito mais “Deuses”. Eles até ensinavam, mas tinha uma barreira maior de você chegar.

P5: Discutindo caso, o interno fala que estamos discutindo coisas e que ninguém sabe direito nada. Tem que respeitar. Tem que respeitar seu conhecimento.

Além disso, sentiam-se sem voz, já que o HU e a USP não tomavam nenhum posicionamento diante destas situações.

P2: O interno viu a colega colocando a mão no fundo do útero e foi denunciar no Ministério Público como Kristeller. Alguém chamou esse aluno para falar: “Kristeller não é isso”? Não, ninguém fez nada. Ela foi denunciada de novo porque outra “panela” passou e viu a colega fazendo o mesmo.

Embora essa dificuldade de diálogo não ocorresse com todos os alunos, os participantes relataram que este conflito era sentido diariamente porque eles estavam em contato direto, o que gerava um desgaste no trabalho.

P3: Eu me desgasto um pouco com essas atitudes, questionamentos todo o tempo em relação a conduta.

P5: Então, isso daí gera um cansaço no trabalho né. Mas um cansaço mais de cabeça, não um cansaço físico.

Por fim, cabe citar que os participantes não sentiam essa dificuldade de relação ou choque de geração com as pacientes que atendiam, ainda que houvesse uma grande diferença de idade.

P2: Algumas pacientes já chegam com quatro pedras na mão. Uma ou outra. Mas com a paciente a gente não tem esse tipo de problema.

5.3.2.4 Falta de novos desafios no trabalho

Por um lado, os participantes mencionaram que permanecer trabalhando era positivo porque estimulava a melhora de competências, como a tolerância. De outro lado, relataram que estar trabalhando há muito tempo também poderia provocar a diminuição da tolerância para algumas questões do trabalho, visto que já haviam vivenciado muitas delas repetidas vezes.

P4: Você não tolera mais aquelas coisas que antes você tolerava.

P5: Antes o paciente ia no posto de saúde e vinha para o hospital para alguma coisa de hospital. Hoje não. Ela vem para o hospital para uma coisa de posto. E isso são várias pacientes por dia. Então, o mais cansativo é o repetitivo. Fica uma coisa assim...chata. Hoje no plantão, você atende cinco pacientes em trabalho de parto e atende vinte pacientes com dor de cabeça.

Neste sentido, a falta de tolerância poderia estar relacionada à falta de novos desafios no trabalho. Ou seja, os participantes sentiam um desgaste no trabalho e consideravam que novos desafios poderiam ser um estímulo para permanecer nele.

P5: Às vezes, você não lida com prazer. Não é questão de cansaço físico, de dedicação. Aquele prazer de você estar incluído numa coisa que vai crescer, não existe mais. A impressão é de que está num barquinho manso. Você não vê coisa nova para fazer, que seria uma coisa da universidade...de fazer coisa nova.

P2: Novos desafios poderiam ser um estímulo.

Além disso, os participantes relataram que o nível de excelência do HU USP estava diminuindo se comparado com anos anteriores. Dessa forma, afirmaram que haviam perdido o protagonismo que um dia eles possuíam na área de assistência obstétrica e que sentiam que estavam “apenas correndo atrás dos protagonistas”.

P5: Condutas que a gente começa a assimilar, outras escolas já estão fazendo há três, quatro anos, grosseiramente falando. Se perdeu um pouco aquela coisa de você é “aquele cara que faz”. Agora não, você é “o cara que copia”.

Os participantes referiram que deveria ser papel dos funcionários do HU buscar a inovação e o pioneirismo, já que trabalhavam em uma instituição que era uma referência no país. Eles consideravam que era possível atingir esse nível de excelência porque o hospital, ou pelo menos a SO HU USP, contava com ótimos profissionais. Contudo, isso já não era mais vislumbrado porque não havia incentivos por parte da instituição.

5.3.3 Bases da permanência no trabalho, após os 60 anos, na SO HU USP

Ainda que enfrentassem uma série de desafios, os participantes se mantinham trabalhando. Foram mencionadas as circunstâncias que promoviam essa situação: a relação positiva entre o envelhecimento e o trabalho, a singularidade do trabalho na SO HU USP, a visão que os participantes possuíam sobre a inatividade laboral e o prazer no trabalho realizado. Assim, nota-se que algumas delas estavam mais relacionadas ao trabalho da SO HU USP no geral, afetando tanto os trabalhadores mais jovens como os mais velhos. Já outras tinham maior associação com a questão do envelhecimento.

5.3.3.1 Relação envelhecimento e trabalho

O primeiro elemento considerado como promotor da permanência no trabalho foi a experiência. Os participantes referiram que, como todos eles trabalhavam há mais de 30 anos na SO HU USP, adquiriram uma vasta experiência na área da obstetrícia. Esta experiência lhes conferia maior segurança para a realização das atividades de trabalho.

P5: Por causa da minha idade, da minha experiência, eu consigo gerenciar o trabalho muito mais tranquilo, resolver as coisas com muito mais tranquilidade, mais serenidade.

Deste modo, eles sentiam que, por conta da experiência, realizar o trabalho no momento presente era mais fácil do que quando eram mais jovens. Alguns deles chegaram a relatar que aquele era o momento em que eles estavam no auge de suas profissões.

P1: Com a idade, a gente tem experiência. Mesmo que seja um caso difícil, não é como você era há 25 anos atrás, você não vai ficar estressada.

P5: É o melhor momento profissional, em termos de ter um rendimento bom, ter uma experiência boa, resolve as coisas com uma facilidade maior.

Somada à experiência, os participantes julgavam que conseguiam se manter produtivos no trabalho por consequência do padrão e da qualidade de vida que possuíam. Destacaram que por estarem inseridos em uma classe privilegiada de trabalhadores, tinham a possibilidade de se alimentar bem, cuidar de sua saúde e possuíam facilitadores que evitavam e/ou minimizavam outros desgastes em seus cotidianos, como possuir meio de transporte próprio para chegar ao trabalho e contratar alguém para realizar o trabalho doméstico. Isso impactava de forma positiva na capacidade para o trabalho, inclusive quando se comparavam com o restante da população.

P3: A nossa vida, no fundo, é muito insalubre [em termos de carga de responsabilidade no trabalho]. Só que nós temos um padrão de vida que permite você comer bem, se cuidar, fazer tudo.

Além disso, embora os participantes percebessem algum declínio por conta do envelhecimento (sobretudo o declínio físico), relataram que ainda eram “idosos jovens” e, por isso, não experimentavam de forma tão significativa o impacto destes declínios.

P1: É que a gente é relativamente jovem em questão de idade.

Afirmaram que, certamente, em algum momento, estes declínios se tornariam mais expressivos e limitariam a permanência no trabalho. Contudo, não era possível prever uma idade para isso, sendo que a interrupção da vida laboral deveria ser analisada pela autocrítica de cada um.

P1: Data não tem, mas você vê que tem condições de trabalhar.

P2: Tem que ter autocrítica e dizer: “Eu já não estou resolvendo a coisa como eu resolvia antes, então, melhor parar de trabalhar”.

5.3.3.2 Singularidade do trabalho

Os participantes pontuaram que, mesmo considerando o desgaste do trabalho do médico, eles se inseriam em uma classe privilegiada de trabalhadores. Isso porque possuíam boa remuneração e trabalhos com condições superiores quando comparados com a maior parte da população brasileira. Assim, apesar das críticas sobre o HU USP, mencionaram aspectos deste hospital que eram bastante positivos.

P1: Nossa classe é privilegiada, o trabalho que a gente faz, onde a gente trabalha.

Relataram que o HU USP era um lugar favorável para permanecer no trabalho por se tratar de uma instituição pública, com vínculo estável de contratação. Além disso, pelo fato de ser um hospital escola de referência no país, oferecia a possibilidade de constantes atualizações das inovações que surgiam na área médica, possuía uma boa estrutura física e contava com profissionais diferenciados em seu quadro de funcionários. Dentre estas características, a equipe era uma das principais formas de compensação do que seria um dificultador da idade mais avançada.

P1: Se abrir vaga, todo mundo vai querer trabalhar aqui porque é um hospital escola, estável, tem um padrão de atendimento, é limpo, a equipe é boa. A obstetrícia funciona legal.

P3: Eu acho que o ambiente de trabalho aqui é um dos fatores que fez todo mundo ficar. Não adianta você ganhar bem, mas você tem um pessoal ruim com você. O ambiente de trabalho do HU, especificamente aqui, é muito bom.

P2: Surgiu alguma coisa nova? Tem sempre alguém que vem apresentar para a gente e a gente fica sempre inteirado dessas coisas novas.

Para os participantes, o ambiente de trabalho era agradável por possuir uma atmosfera colaborativa entre a equipe. Ainda que tenha havido uma redução no número de médicos, referiram que sempre realizavam as atividades em conjunto, que podiam contar uns com os outros e consideravam que no HU havia uma equipe extremamente qualificada para dividir o trabalho. Inclusive, referiram que em outros serviços, não tinham o mesmo suporte de trabalho da equipe como no HU. Deste modo, o trabalho nestes locais era realizado de forma predominantemente individual e, por isso, tornava-se mais desgastante.

P1: A gente trabalha em um hospital escola. Nós nunca estamos sozinhos. Então, dificilmente, uma pessoa vai operar cinco pacientes ela só, ela com o residente. Tem um grupo que trabalha junto.

P4: Aqui a gente cansa menos fisicamente e mentalmente. Lá fora cansa mais porque você precisa de um palpite ou opinião...aqui tem o P5, P3, P1, P2...lá fora não tem eles.

P5: Fora do HU, as equipes são ainda mais reduzidas, o salário é muito menor, então, tem muito rodízio de médicos. Se vai em um plantão hoje, é um colega, amanhã já é outro. E são colegas de diferentes formações, então, o trabalho é mais pesado. Aqui a gente está numa ilha de excelência, de profissionais de boa formação, com experiência de muitos anos.

Apesar de considerarem que o HU USP era um lugar favorável para continuar no trabalho, os participantes mencionaram que o hospital poderia adotar algumas medidas que favoreceriam ainda mais a permanência de pessoas idosas, como manter os trabalhadores idosos em atividades com menor carga física e maior carga intelectual, valorizando a experiência.

P3: Acho que se tivesse uma continuidade de trabalho, por exemplo, visita na enfermaria, fazer um pré-natal, outras atividades que não exijam cirurgia, tal...vale a experiência do cara desde que se mantenha atualizado.

P5: O jeito de manter seria incentivar atividades que use menos o físico e mais o intelecto. Aí você consegue manter o pessoal.

5.3.3.3 A inatividade laboral como geradora de perdas

Inicialmente, cabe mencionar que, durante a coleta de dados, os participantes e as pesquisadoras utilizaram o termo “aposentadoria” para fazer menção tanto à interrupção da atividade de trabalho como ao benefício previdenciário. Contudo, estes elementos não possuíam, necessariamente, o mesmo significado e houve a necessidade de diferenciá-los. Para isso, utilizou-se o termo “inatividade laboral” para fazer referência à interrupção da atividade de trabalho e o termo “aposentadoria” para indicar o benefício previdenciário. Estes termos foram empregados no texto, ainda que as falas dos participantes se mantiveram inalteradas (constam apenas o termo “aposentadoria”, mas acrescentou-se “[inatividade laboral]”, quando necessário).

Os participantes citaram que a inatividade laboral poderia ser tanto um sinônimo de ganhos, como de perdas.

P1: Tem empresas que trabalham com o preparo para aposentadoria [inatividade laboral] porque vai mudar várias coisas. Vão ter alguns ganhos, mas vão ter muitas perdas.

No que se referia aos ganhos, relataram que a inatividade laboral poderia ser entendida como um ganho de tempo para realizar outras atividades que lhe eram prazerosas. Observou-se que houve uma diferenciação de gênero neste quesito. Os participantes argumentaram que para os homens era mais difícil parar de trabalhar do que para as mulheres, que possuíam mais atividades não ligadas ao trabalho.

As mulheres já possuíam um maior planejamento e consideravam a ideia da inatividade laboral de forma mais precoce que os homens. Isto se devia ao fato de desejarem “aproveitar a inatividade laboral” e fazer outras atividades, como curso de línguas, cozinhar e até iniciar uma nova carreira. Em contrapartida, os homens ainda se imaginavam trabalhando pelos próximos anos, sem um planejamento para quando parassem de trabalhar.

P1: Ia estudar inglês, francês e italiano, ficar um dia no meu consultório. E talvez um curso de gestão pública para posteriormente entrar na política. E tem outra, eu sou mulher, gosto de cozinhar, de fazer esporte.

P2: Acho que tenho que ir embora [do HU] e cuidar da minha vida, fazer coisas que gosto no tempo livre que vou ter enquanto tenho saúde. Não adianta querer ficar trabalhando até os 80 anos e não curtir nada.

P5: Acho que para a gente teria um estresse em se adaptar à nova realidade. Acho que quando largar o HU, eu faria alguma atividade ligada à profissão com uma carga pequena. Alguma outra atividade intelectual, produtiva. Em termos de lazer, não me passa pela cabeça nenhuma coisa. O homem está mais condicionado ao trabalho.

Contudo, tanto para os homens como para as mulheres, o fato de a inatividade laboral também trazer perdas se configurava como uma motivação para continuar no trabalho. Segundo os participantes, permanecer trabalhando caracterizava-se como um interesse, se não como uma necessidade, devido ao valor econômico da atividade.

Eles relataram que adquiriram, com o tempo, um padrão financeiro e parar de trabalhar implicaria, necessariamente, em uma perda econômica. Referiram que o valor da aposentadoria - que já recebiam - não seria suficiente para manter o padrão de vida atual e isso era motivo de preocupação para eles.

P1: Somos aposentados e continuamos trabalhando, por quê? Porque é conveniente, a gente tem saúde e está ganhando dinheiro. Quando você se aposentar [inatividade laboral], o salário vai diminuir mais da metade.

P4: A gente vai adquirindo coisa, o padrão ficou alto, pelo menos um bom. Se eu parar, não consigo pagar o que eu tenho que pagar todo mês.

P5: A aposentadoria [inatividade laboral] com 65 anos é uma coisa meio ilusória em relação ao bem-estar porque você não vai conseguir viver com o dinheiro da aposentadoria. Você vai ter uma aposentadoria e vai continuar trabalhando.

Além disso, referiram que a inatividade laboral geraria uma perda no sentido de diminuir as relações sociais, já que possuíam relações de amizade com os pares de trabalho. Mencionaram que, mesmo que parassem de trabalhar e mantivessem contato com os amigos do trabalho, a relação sofreria impacto porque o convívio não seria diário e já não fariam mais parte do “grupo” da SO HU USP.

P1: Quando aposentar [inatividade laboral], não vou ver os amigos. E mesmo que você venha ao HU, você não pertence mais ao grupo.

P3: Vou sentir sem o convívio com as pessoas que a gente está há 30 anos. Sei que não vou parar de vê-los, mas não vai ser aquela frequência, todos juntos.

5.3.3.4 Prazer no trabalho realizado

Por fim, outra circunstância que foi mencionada como promotora da permanência no trabalho foi o prazer que os participantes sentiam na atividade realizada, a questão de estar trabalhando para estar ativo e produtivo.

P2: Eu estava conversando outro dia com um amigo e falei: “e como você se vê sem operar?”. Porque eu gosto. Mas quando você se aposentar...essa questão de você não fazer uma parte prática, que eu gosto, pesa.

P4: Eu acho que é bom trabalhar para o bem-estar e ocupar o tempo. Ficar em casa sem fazer nada? Por que aposentar antes? Virar um comodismo? Fica em casa, a mente atrofia.

P5: Eu acho que não passa pela cabeça de ninguém aqui se aposentar e ficar sem fazer nada. Se aposentar para fazer alguma coisa produtiva.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A discussão será apresentada em três partes. A primeira discorrerá sobre as questões relativas à organização do trabalho que eram compreendidas como dificultadoras da permanência na SO HU USP, a segunda sobre os benefícios mencionados pelos participantes como sendo provenientes do trabalho e a terceira sobre as bases que propiciavam a permanência deles neste trabalho. Além delas, acrescentou-se mais uma parte, que descreverá as limitações do estudo.

6.1 Dificuldades relacionadas à organização do trabalho

De acordo com os resultados, o trabalho da SO HU USP apresentava questões que eram sentidas pelos participantes como uma barreira para permanecer trabalhando. Uma delas se referia à sobrecarga laboral que causava um desgaste físico e cognitivo devido, principalmente, à necessidade de realização de plantões noturnos.

Este dado está em conformidade com a literatura que constata que, em contextos hospitalares públicos, geralmente, existe uma sobrecarga laboral associada às jornadas em turnos e em esquema de plantões e à conciliação com outros trabalhos⁵⁷⁻⁶². Ratificando ainda mais esta informação, estudos relacionados especificamente ao trabalho dos médicos indicam que estes profissionais vivenciam a intensificação das cargas do trabalho por meio dos plantões e da conciliação de mais de um trabalho⁷⁵⁻⁷⁷.

Cabe citar que, apesar de os participantes conciliarem trabalhos em outros serviços e isso aumentar a carga de trabalho cotidiana, estes não foram enfatizados como os plantões noturnos, pois as atividades diurnas, ainda que em longas jornadas, eram bem toleradas quando comparadas ao trabalho realizado no período da noite.

Os estudos citados também assinalam que estes aspectos se somam a outros comuns nos trabalhos dos médicos em contextos hospitalares públicos, como o quadro de trabalhadores reduzido, as precárias condições de trabalho e a elevada demanda psicológica devido aos fatores estressantes a que estão expostos, como tratar de pacientes graves, enfrentar situações de morte e possuir alta demanda em conjunto com o baixo controle sobre sua atividade laboral⁵⁷⁻⁷⁷.

A demanda se refere às pressões psicológicas impostas pelo trabalho para que o trabalhador realize determinada quantidade de trabalho por unidade de tempo e/ou do

descompasso entre as capacidades do trabalhador e o trabalho a se executar. Já o controle (ou a governabilidade) pode ser definido como a autonomia ou a possibilidade do trabalhador de governar a sua própria atividade laboral com base nas suas habilidades e/ou conhecimentos⁶¹.

A governabilidade tem grande impacto na forma como os trabalhadores concebem e significam o trabalho, já que ela está intimamente relacionada ao poder deles de trilhar a carreira profissional e executar o trabalho da forma que considerarem mais adequada, validando suas habilidades, seus conhecimentos e sua experiência e permitindo o desenvolvimento de sua inteligência e criatividade⁴⁷.

Face a estes achados, denota-se que a alta demanda e o baixo controle são características, frequentemente, presentes no trabalho dos médicos em contextos hospitalares públicos e que estes interferem na forma como a carga laboral é experimentada pelos trabalhadores. Evidências expõem que existe uma relação entre a diminuição da frequência da fadiga e do desgaste relacionados ao trabalho com a maior margem de manobra que o trabalhador possui para construir suas ações no trabalho⁴⁷.

Este dado tem associação com o presente estudo porque, ao analisar os relatos dos participantes, nota-se que eles se sentiam com baixa governabilidade sobre o trabalho em decorrência da falta de consideração sobre suas opiniões na SO HU USP. Assim, havia uma sobrecarga laboral relacionada à atividade que eles desempenhavam e esta era acentuada pela organização do trabalho.

Os participantes referiram sentir um declínio na capacidade física intrínseca decorrente do processo do envelhecimento. Ele, em conjunto com o conteúdo do trabalho, impactava de forma negativa na realização das atividades laborais porque gerava um excesso de cansaço. Entretanto, este cansaço poderia ser compensado ou amenizado com estratégias na organização do trabalho que permitissem maior tempo para descanso.

A principal delas, na opinião dos participantes, seria a não realização ou, ao menos, a alteração dos horários dos plantões, sobretudo, os plantões noturnos. Ou seja, ao invés de realizarem os plantões das 19 horas às 7 horas, passariam a realizá-los das 7 horas às 19 horas. Deste modo, os participantes poderiam descansar a noite e assim, provavelmente, teriam mais disposição para realizar o trabalho diurno, tornando o seu conteúdo menos limitante.

Como o hospital funcionava ininterruptamente, haveria a necessidade de se ter trabalhadores nos plantões noturnos. Contudo, acredita-se que seria positivo que o

hospital e o coletivo de trabalho ponderassem o envelhecimento dos trabalhadores como um ponto a ser pensado no momento de se planejar a carga e estrutura horária de trabalho.

Assim, ao levar em conta que, possivelmente, os trabalhadores mais velhos possuem uma menor capacidade física intrínseca, faria sentido haver algum tipo de política no hospital em que eles tivessem determinada prioridade na escolha pelos horários dos plantões. Além disso, considera-se que seria favorável aos participantes se eles pudessem ter um espaço para discutir as possibilidades dos plantões e para fazer acordos sobre a programação das escalas com a instituição (e não apenas internamente na SO HU USP).

No entanto, a questão que se coloca é que a maneira como o trabalho estava organizado não permitia que os participantes opinassem em sua escala de trabalho ou promovessem outras mudanças em seu modo de realizá-lo, de forma a favorecer o seu desempenho no cotidiano de trabalho.

As mudanças constantes na forma de gestão e de estruturação do HU USP também foram elencadas como desafios para permanecer no trabalho. Os participantes referiram que, constantemente, ocorriam mudanças na gestão do hospital. Essas, por sua vez, repercutiam nas atividades do HU USP (incluindo as da SO HU USP), muitas vezes, gerando descontentamento deles, que não possuíam autonomia para intervir nestas situações.

Os participantes também mencionaram que houve ocasiões em que chegaram a contestar determinadas mudanças, o que não impediu que elas ocorressem, como quando houve a diminuição de funcionários do HU USP e os médicos da SO precisaram reorganizar a escala de plantões. Desta forma, as mudanças no HU USP também ilustram a falta de consideração pela opinião dos participantes, já que eles não possuíam participação na tomada de decisões do hospital e da SO.

Somado a isso, as mudanças no HU USP geravam insegurança em virtude da sensação de falta de constância e descontentamento por favorecerem a precarização do trabalho, como quando incluíram a diminuição do quadro de funcionários e a limitação do salário.

Estudos validam estas informações, afirmando que, embora ofereçam vínculos mais estáveis, os serviços públicos têm proporcionado outras formas de instabilidade e de precarização do trabalho. Dentre elas, constata-se: o corte no quadro de trabalhadores, seja por meio dos programas de demissões voluntárias ou pela não reposição de

trabalhadores aposentados ou afastados por adoecimentos; as oscilações políticas e de planejamento, capazes de acarretar a descontinuidade de projetos em curso; a redução salarial; a perda de direitos trabalhistas; as alterações na organização do trabalho; dentre outras^{47, 57, 58, 59}.

Cabe ressaltar que, segundo os participantes, o trabalho e as mudanças que ocorreram nele acarretaram prejuízos em suas vidas sociais por conta da realização dos plantões aos finais de semana. Achados indicam que o trabalho pode ter impacto negativo na participação de atividades sociais, como as escolares, de lazer, culturais e esportivas, dificultando a integração na vida social da comunidade e até o convívio familiar^{62, 78}.

Isso decorre das jornadas extensas de trabalho (incluindo plantões) e do trabalho noturno, aos finais de semana, feriados e datas comemorativas. Somam-se o estresse e o cansaço provocados pela atividade laboral que desestimulam as atividades sociais e a falta de tempo para o não trabalho. Salienta-se que estes achados indicam que, na maioria das vezes, os trabalhadores possuem pouca participação no planejamento de sua escala de trabalho^{62, 78}, o que vai ao encontro dos resultados deste estudo.

Os relatos de que os participantes buscavam se manter atualizados e de que eles gostariam de ter mais estímulos e novos desafios no trabalho se chocam com estudos que indicam que os trabalhadores idosos são vistos como obsoletos e resistentes às mudanças^{36- 41}. Além disso, demonstrou-se que a falta de reconhecimento, sobretudo pelos alunos e instâncias superiores do HU USP, foi apontada como o principal motivo para o desestímulo no trabalho e para a falta de novos desafios, constituindo-se também como um desestímulo para permanecer no trabalho.

Embora os participantes considerassem que possuíam bagagem de conhecimento e experiência para contribuir com o trabalho realizado na SO HU USP, eles não se sentiam reconhecidos pelos alunos e, principalmente, pelas instâncias superiores do HU USP. Acredita-se que o fato de a organização do trabalho não privilegiar os aspectos psíquicos e subjetivos dos trabalhadores, como os processos de interação e cooperação entre a equipe e com as chefias e o esforço que os participantes despendiam para dar conta do trabalho realizado⁵¹, dificultava o processo de reconhecimento por parte da instituição.

O reconhecimento no trabalho pode ser compreendido como uma retribuição simbólica. Assim, achados concordam que quando o trabalhador é reconhecido é como se ele recebesse uma espécie de retribuição pelo que ele realizou, o que tende a gerar um aumento do comprometimento e da motivação para este trabalho^{79, 80}.

Um estudo realizado com trabalhadores idosos indica que a falta de reconhecimento no trabalho é um tema recorrente quando eles descrevem as questões da organização do trabalho que podem desestimular e dificultar o desempenho de suas atribuições laborais, o que vai ao encontro dos dados supracitados. No referido estudo, a falta de reconhecimento está associada à falta de investimento nos trabalhadores, à precariedade das condições de trabalho, aos baixos salários e ao fato de os trabalhadores realizarem tarefas que não exploram os seus potenciais⁵³.

Por fim, a relação com os alunos também foi considerada um desafio para permanecer no trabalho. Para os participantes, havia dificuldade de relação com eles devido ao choque de gerações. Estudos confirmam que, atualmente, existe uma heterogeneidade de indivíduos convivendo nos ambientes de trabalho. A heterogeneidade relacionada à idade abrange comportamentos, entendimentos, valores e visões de mundo característicos a cada faixa etária. Consequentemente, também há diferenças nas formas de trabalhar dos indivíduos de diferentes idades, como a maneira de lidar e atuar no que se refere à liderança, comprometimento, relacionamento interpessoal, entre outros⁸¹.

Estas diferenças podem gerar conflitos nos ambientes de trabalho e, por isso, há a necessidade de compreendê-las para integrar inovação, criatividade e flexibilidade nas formas de gerir o trabalho, a fim de conciliar os variados interesses pessoais com os objetivos organizacionais e garantir ambientes de trabalho mais diversos e tolerantes. Com isso, existe a possibilidade de sucesso e ganhos tanto para a organização como para a equipe, que podem se aproveitar dos potenciais das diferentes gerações⁸¹.

Portanto, acredita-se que a organização da SO HU USP poderia promover ações no próprio trabalho que buscassem mediar estes conflitos entre os participantes e os alunos. Entretanto, inicialmente, haveria a necessidade de um espaço de escuta e de acolhimento dos relatos dos participantes para que a instituição tomasse conhecimento apurado sobre esta situação.

Face ao exposto, constata-se que, ao permanecer trabalhando, os participantes se deparavam com dificuldades, principalmente, relacionadas à organização do trabalho. Dentre elas, evidencia-se a desconsideração do processo de envelhecimento e da opinião dos participantes na organização da SO HU USP e a falta de reconhecimento deles, que invalidavam seus conhecimentos e experiência no trabalho.

Enfatiza-se que outros estudos que tratam sobre o processo de envelhecimento e o trabalho também identificam a importância da organização do trabalho para as pessoas

idosas, apontando que ela tem maior relevância no cotidiano de trabalho do que os impactos decorrentes do processo de envelhecimento^{47, 53}.

6.2 Benefícios provenientes do trabalho

Ainda que o trabalho realizado na SO HU USP apresentasse adversidades, os participantes mencionaram que permanecer nele lhes geravam alguns ganhos que extrapolavam o valor econômico da atividade laboral. Dentre estes, citaram: a aquisição e o aprimoramento do conhecimento e da experiência e a oportunidade de aplicá-los e difundi-los, cotidianamente, no trabalho; o estímulo a buscarem constantemente a requalificação e atualização na área em que atuavam; o exercício de competências e habilidades tanto profissionais como pessoais; e a promoção das relações sociais.

Em consonância com estes dados, há diversos indícios de que o trabalho pode gerar uma série de benefícios para as pessoas, desde que ele possibilite o contínuo desenvolvimento dos trabalhadores^{79, 80}. Uma das linhas de estudo que corrobora com esta afirmativa é a Psicodinâmica do Trabalho (PDT).

A PDT busca compreender os processos intersubjetivos envolvidos no ato de trabalhar. Desta forma, esta disciplina aponta para questões importantes referentes às relações do trabalho, especialmente no que diz respeito à sua organização, abordando mecanismos de cooperação, reconhecimento, mobilização da inteligência, motivação, processos de identificação e de realização de si no trabalho. Busca, ainda, compreender as estratégias individuais e coletivas elaboradas para lidar com os constrangimentos vivenciados no trabalho e para possibilitar o desenvolvimento das atividades laborais, de forma a preservar a saúde dos trabalhadores^{47, 79, 80}.

Segundo a PDT, o trabalho é elemento central na vida adulta. Ele gera uma série de confrontos do indivíduo, portador de uma história singular, com os desafios externos, já que, frequentemente, o faz entrar em contato de forma conflituosa com suas capacidades, sua formação, seus desejos e seus valores. Como consequência desse confronto vivenciado no trabalhar, produz-se um sofrimento, que é inerente ao trabalho e não necessariamente é sinônimo de uma patologia. Este sofrimento caracteriza-se como uma vivência subjetiva intermediária entre sofrimento patológico e o bem-estar psíquico^{47, 48, 79, 80, 82}.

O sofrimento produzido ao trabalhar será transformado em prazer ou sofrimento patológico, a depender da possibilidade do trabalho permitir ou não a realização de si. Isso ocorre de maneira bastante dinâmica, através do desenvolvimento de mecanismos de superação, individuais e coletivos, concebidos pelos trabalhadores em seu contexto laboral. Reconhece-se que a organização do trabalho tem um papel fundamental no sentido de dificultar e/ou facilitar as possibilidades de expressão e de negociação no trabalho, resultando na limitação ou expansão da criação de estratégias defensivas^{80, 83, 84}.

Portanto, o adoecimento (sofrimento patogênico) surge a partir da sensação de impotência para se adaptar e/ou transformar o trabalho, na medida em que o trabalhador considera que seus recursos intelectuais e psicoafetivos foram esgotados para lidar com as imposições do trabalho. Por outro lado, quando o trabalhador consegue criar mecanismos de superação, este sofrimento se transforma em prazer e o trabalho pode ser considerado como uma oportunidade de crescimento pessoal, de desenvolvimento das habilidades e de integração social^{79, 80, 82, 83, 84}.

Com base nos relatos dos participantes, depreende-se que eles encontraram formas para lidar com o sofrimento gerado pelo trabalho na SO HU USP (estas serão melhor discutidas mais a frente), ao menos quando os dados estavam sendo coletados (já que se trata de um processo dinâmico e pode ser alterado a qualquer momento). Dessa maneira, eles puderam vivenciar o trabalho como um fator de inclusão social, de contribuição à sociedade, de desenvolvimento da inteligência e das habilidades pessoais.

Além da PDT, há outras evidências que sustentam, sob um outro prisma, que o trabalho pode gerar benefícios para os indivíduos, incluindo-se as pessoas idosas, sobretudo, no que se refere à saúde e qualidade de vida.

Em 2002, a OMS⁴ lançou uma publicação que foi traduzida para o português em 2005, intitulada: “Envelhecimento ativo: uma política de saúde”⁸⁵. Nesta publicação, há a discussão e a proposição de planos com vistas à promoção do envelhecimento ativo, que se caracteriza como o processo de envelhecimento voltado à melhora da qualidade de vida. Segundo a OMS, a permanência no trabalho pode ser um indicativo e um elemento promotor de saúde e de qualidade de vida da população, inclusive, daquela que está experienciando uma idade mais avançada^{4, 85}.

Por isso, essa organização afirma que a participação das pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho e voluntariado pode favorecer o envelhecimento ativo. No entanto, cabe mencionar que ela recomenda que estas

atividades sejam desempenhadas de acordo com as necessidades individuais, preferências e capacidades das pessoas idosas^{4, 85}, situação que nem sempre é concedida pelas organizações de trabalho atuais.

Outros autores também expõem que, em geral, as pessoas que trabalham apresentam melhores condições de saúde e de qualidade de vida do que aquelas que não trabalham e que estar em atividade laboral pode ser compreendido como um fator preditivo de maior sobrevida. Além disso, estudos indicam que existe uma relação direta entre a qualificação ocupacional/escolaridade, a renda mensal, a autoestima e as condições de vida, demonstrando que a maior qualificação no trabalho pode impactar positivamente na renda, na autoestima e nas condições de vida de um modo geral, relacionando-se a uma taxa menor de morbidade e de mortalidade dos indivíduos. No que se refere especificamente as pessoas idosas, observa-se que as que trabalham relatam menos doenças crônicas quando comparadas a aquelas que estão sem trabalhar⁸⁶⁻⁸⁸.

Assim, estes autores afirmam que há uma associação entre o trabalho e uma melhor condição de saúde, de qualidade de vida e de envelhecimento. Entretanto, ainda que estes dados possam estar relacionados aos benefícios do trabalho, também há a necessidade de se considerar que as condições de saúde e qualidade de vida são fortemente influenciadas por outros aspectos, como fatores genéticos, hábitos alimentares, prática de atividades físicas, dentre outros.

Além disso, salienta-se que a associação entre o trabalho e a melhor condição de saúde também pode estar relacionada ao fato de que, muitas vezes, as pessoas com piores condições de saúde e maiores incapacidades são, geralmente, excluídas do mercado de trabalho⁸⁶.

Portanto, o ato de trabalhar não é garantia de melhor qualidade de vida. Achados demonstram que o trabalho pode ser um elemento favorável para a melhor qualidade de vida por proporcionar atividade tanto física quanto intelectual. No entanto, para isso, é necessário que ele esteja associado ao prazer. Quando isso não ocorre, o trabalho também pode ser fonte de sofrimento e adoecimento, a depender de suas características⁸⁸.

Embora não tenham se aprofundado neste assunto, os participantes mencionaram que possuíam uma boa qualidade de vida em virtude do prazer e do padrão de vida que adquiriram por meio do trabalho. Portanto, se depreende que a literatura descrita vai ao encontro, ainda que de maneira mais superficial, dos achados deste estudo.

6.3 Bases promotoras da permanência no trabalho

Pressupõe-se que os desafios impostos pela organização do trabalho, o recebimento do benefício previdenciário da aposentadoria e a possibilidade de permanecer apenas nos outros trabalhos (como os consultórios particulares), poderiam incentivar a inatividade laboral dos participantes ou, pelo menos, o encerramento das atividades deles na SO HU USP.

Contudo, mesmo diante disso, eles permaneceram no trabalho da SO. Isso apresentou-se como um ineditismo ao estudo, já que reforça a ideia de que eles estavam neste trabalho por uma escolha e não por uma obrigação (poderiam continuar trabalhando para atingir o tempo de trabalho para a aposentadoria, por exemplo). Deste modo, foram mencionados os elementos que os levavam a isso.

O primeiro deles se refere à experiência no trabalho, que facilitava a realização das atividades laborais conforme se apresentava como uma compensação dos declínios provenientes do envelhecimento e dos desafios gerados pela organização do trabalho. Diversas evidências concordam que a experiência do trabalhador idoso pode auxiliá-lo no trabalho, afirmando que, ao longo de sua trajetória profissional, este trabalhador desenvolve habilidades e conhecimentos que podem apoiar a construção do equilíbrio e da superação do declínio de certas capacidades intrínsecas^{35, 36, 37, 47, 53}.

Estudos indicam que a experiência dos trabalhadores idosos são um dos principais motivos que levam à sua valorização no mercado de trabalho, já que ela pode refletir na melhora da qualidade e da produtividade do trabalho realizado^{36, 37, 53}. Cabe mencionar que, dentre as políticas públicas direcionadas às pessoas idosas, o EI aponta para a importância da experiência no trabalho, indicando que sejam aproveitados os potenciais e habilidades das pessoas idosas para as atividades de trabalho²¹.

Os participantes também citaram que a boa qualidade de vida ocasionava uma melhor capacidade para o trabalho na medida em que impactava positivamente na capacidade intrínseca, favorecendo a permanência no trabalho. Dessa maneira, nota-se um ciclo, no qual o trabalho pode propiciar uma melhor qualidade de vida que, por sua vez, pode resultar em uma maior capacidade para o trabalho.

Em um estudo sobre os diferenciais de saúde das pessoas idosas de acordo com a inserção delas no mercado de trabalho, observa-se que, em países desenvolvidos, a boa saúde é indicada como um dos principais determinantes para a permanência no trabalho

e para o retorno após a inatividade laboral^{86, 89}. Embora o Brasil não seja um país desenvolvido, nota-se uma semelhança neste aspecto.

Além disso, o ganho financeiro, a possibilidade de manter relações sociais e o prazer decorrentes do trabalho foram outras causas que mantiveram os participantes na SO HU USP. Estas estão em consonância com a literatura que as aponta como razões para o aumento da representatividade da população idosa no mercado de trabalho.

Ainda que haja o recebimento do benefício previdenciário da aposentadoria, o ganho financeiro é um dos principais motivos que levam as pessoas a permanecerem ou mesmo retornarem ao mercado de trabalho, já que este benefício, frequentemente, possui um valor menor que o salário de variados trabalhos. Mesmo que o benefício possua um valor suficiente para manter a inatividade laboral, muitas pessoas continuam trabalhando porque é uma forma de complementação da renda que está associada à outras condições positivas (como a boa saúde e o prazer)^{30, 32, 53, 89}.

Ao que se refere às relações sociais, na vida adulta, o trabalho possui papel central e, portanto, é um dos principais palcos de integração social. Muitas vezes, é através do cotidiano do trabalho que as pessoas conhecem outros grupos e indivíduos, gerando a sensação de pertencimento à um coletivo, encontram afinidades e uma rede de suporte, partilham experiências e se envolvem em atividades coletivas, ultrapassando seu interesse individual^{47, 53, 89}.

Além disso, como foi o caso dos participantes, muitas pessoas sentem prazer em trabalhar em decorrência do conteúdo do trabalho, da sensação de utilidade, da integração na sociedade, do desejo de se manter ativo física e cognitivamente, da possibilidade de enriquecer e organizar o repertório de atividades cotidianas, do status e da identidade social que o trabalho pode fornecer, dentre outros^{30, 32, 53, 89}.

Por fim, outro componente que favoreceu a permanência no trabalho se refere à singularidade do HU USP. Segundo os participantes, embora este hospital apresentasse características desafiadoras, também possuía atributos que se diferenciavam positivamente da maioria dos outros lugares, como a infraestrutura física, a remuneração, a estabilidade, a equipe de trabalho e a possibilidade de educação permanente e continuada. Dentre estes, assim como a experiência, destacaram a equipe de trabalho como importante compensadora dos declínios provenientes do envelhecimento e dos desafios gerados pela organização do trabalho.

Para os participantes, a sobrecarga laboral, a desconsideração pelo processo de envelhecimento e pela opinião deles e a falta de reconhecimento na SO HU USP estavam entre as principais dificuldades do trabalho. No que se refere à sobrecarga laboral, relataram que dificilmente realizavam suas atividades de forma individual, ou seja, este trabalho era realizado em conjunto, o que amenizava a carga laboral.

Além disso, sempre que se deparavam com dificuldades no trabalho, como aquelas ligadas à desconsideração pelo processo de envelhecimento e pelas suas opiniões, os participantes possuíam cooperação entre os pares. Isso auxiliava na construção de alternativas (ainda que fossem internas na SO HU USP) para lidar com essas dificuldades, como quando houve o caso em que a equipe se organizou para que um colega não precisasse realizar os plantões.

Os participantes frisaram que o trabalho não era dividido com “uma equipe qualquer” e sim com uma equipe que era vista como extremamente competente. Em seus relatos, chegaram a mencionar que sabiam que podiam contar uns com os outros e que o trabalho no HU era mais leve se comparado a outros serviços de saúde em que atuavam por conta da equipe.

Portanto, infere-se que havia cooperação entre a equipe, pautada numa relação de confiança. Segundo a PDT, a cooperação pode ser definida como o desejo dos trabalhadores de desenvolverem o trabalho juntos, de forma a superarem, coletivamente, as contradições e os impasses emergentes da própria natureza ou da essência da organização do trabalho. Cabe mencionar que a cooperação favorece a construção e fortalecimento de coletivos, podendo resultar em benefícios que ultrapassam as relações do trabalho^{90, 91}, o que foi observado no relato dos participantes.

Para que a cooperação seja possível, há a necessidade da confiança e da mobilização subjetiva do coletivo de trabalhadores. Ou seja, é preciso que eles desejem cooperar entre si (mobilização subjetiva) e que tenham compreendido e acreditado na maneira que o outro poderá contribuir para o trabalho (confiança)^{90, 91}.

Também vale citar que, embora sentissem uma falta de reconhecimento dos alunos e das instâncias superiores do HU USP, este não era sentido entre a equipe, o que pode ter gerado motivação para o trabalho. Ainda de acordo com a PDT, o reconhecimento pode ocorrer baseado em dois tipos de julgamento. Um deles é o julgamento de beleza, que possui caráter horizontal, ou seja, é expresso através dos pares ou membros da mesma comunidade profissional e se volta à qualidade do trabalho realizado. Já o outro, é o

julgamento de utilidade, que possui caráter vertical, sendo expresso por chefias e/ou subordinados. Este último pauta-se na utilidade técnica, econômica e social da contribuição dos trabalhadores, avaliando o êxito no cumprimento dos objetivos estabelecidos⁸⁴.

Assim, depreende-se que os participantes sentiam possuir o reconhecimento a partir do julgamento de beleza. Este é relevante pois está relacionado àqueles que conhecem efetivamente o trabalho desenvolvido. Além disso, este tipo de reconhecimento proporciona o pertencimento do indivíduo ao coletivo de trabalho ao mesmo tempo em que sugere a sua marca individual neste coletivo⁸⁴.

No entanto, salienta-se que ambos os julgamentos (tanto o de beleza como o de utilidade) são importantes e um não substitui o outro, sendo possível observar que os participantes se ressentiam por não possuir o reconhecimento baseado no julgamento de utilidade. Ainda assim, notou-se que o reconhecimento baseado no julgamento de beleza foi capaz de auxiliar na construção do sentido do trabalho para os participantes e na transformação do sofrimento gerado pelo trabalho em prazer.

A literatura indica que as formas atuais de organização do trabalho desfavorecem a construção de relações solidárias e cooperativas e a possibilidade de reconhecimento dos pares através das avaliações individualizadas do desempenho, das formas precárias de trabalho como a terceirização, das estratégias adotadas que visam a forte concorrência, dentre outras. Desta maneira, a instituição de mecanismos que apoiam a concorrência e a competitividade entre os trabalhadores pode inviabilizar a solidariedade entre eles^{90, 91}.

Neste sentido, nota-se que as características do HU USP se tornam um diferencial, pois os contratos estáveis e a ausência de avaliações individuais de desempenho, por exemplo, favoreceram o fortalecimento do coletivo de trabalhadores e, consequentemente, a relação de cooperação e o reconhecimento entre os pares.

Depreende-se que o reconhecimento e as relações entre os pares no trabalho da SO HU USP foram as principais facilitadoras da permanência no trabalho e constituíram-se como formas para lidar com o sofrimento gerado na SO HU USP, demonstrando a importância dos aspectos psíquicos e subjetivos no trabalho. Este dado difere de outros estudos que apontam a capacidade física como forte determinante da permanência no trabalho^{86, 89}. No entanto, vale pontuar que este estudo se voltou para um contexto de trabalho específico, no qual, embora houvesse cargas físicas, estas não eram preponderantes.

Além disso, diante da confiança, da cooperação e do reconhecimento entre os pares, observou-se que o tempo de trabalho favoreceu o fortalecimento das relações sociais dentro e fora do trabalho, o que também foi considerado um ponto significativo para a permanência no trabalho.

6.4 Limitações do estudo

Ao longo do desenvolvimento deste estudo, houve algumas limitações. Uma delas se refere ao fato de que não houve uma maior participação dos trabalhadores elegíveis pelo estudo (de um total de oito, cinco participaram no primeiro encontro e quatro participaram no segundo encontro), o que poderia contribuir para a maior diversidade dos dados coletados. Também não foi possível realizar uma devolutiva ou validação das informações coletadas, que poderiam gerar maior aprofundamento dos resultados. Contudo, as pesquisadoras consideraram que houve um número de participantes suficiente para a coleta de dados, já que representava metade ou mais do total de trabalhadores elegíveis, e que o material coletado foi satisfatório para o estudo.

Como já mencionado no item “4.5 Contextualização do trabalho do médico obstetra”, a classe médica, por si só, já se diferencia da população em geral no que se refere a sua formação, status social, remuneração e tipo de trabalho que exerce. Ao considerar os participantes do estudo, ou seja, médicos obstetras, com mais de 30 anos de experiência, do hospital universitário que pertence a uma das principais universidades do Brasil, esta distinção se torna ainda mais expressiva.

Assim, ressalva-se que o presente estudo particulariza a realidade de um grupo bastante singular e, ainda que apresente resultados que corroborem outros trabalhos disponíveis na literatura, não possibilita maiores generalizações. No entanto, ao mesmo tempo, este fato contribui para o ineditismo do estudo, já que parte das circunstâncias que promoveram a permanência dos participantes no trabalho se voltam a algumas de suas singularidades.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O presente estudo expôs a percepção de um grupo de médicos obstetras sobre a permanência no trabalho após os 60 anos de idade, relacionando-a aos aspectos do processo de envelhecimento. De acordo com a vivência dos participantes, permanecer no trabalho suscitou potencialidades e desafios.

A sobrecarga das atividades laborais, a falta de flexibilização, de reconhecimento e de estímulo provenientes do trabalho estudado, a desconsideração pela opinião dos participantes, a sensação de conflitos de relações decorrentes das diferenças entre as gerações e a ausência de novos desafios no trabalho foram compreendidos como barreiras para permanecer trabalhando. Estes desafios estavam relacionados, principalmente, à organização do trabalho.

Ao conceber que estes desafios impactavam significativamente os participantes, estimou-se que a organização do trabalho hospitalar não considerava o envelhecimento e a experiência de seus trabalhadores no processo de trabalho da instituição. Portanto, esta é uma característica que favoreceria a permanência de trabalhadores idosos no trabalho e poderia ser incluída no setor estudado.

Mesmo diante dessas adversidades, constatou-se que o trabalho era considerado benéfico aos participantes. Os resultados indicaram que o trabalho possuía importância expressiva na vida cotidiana, podendo ser fomentador do desenvolvimento e exercício de experiências e de habilidades, bem como promotor de relações sociais (dentro e fora do ambiente de trabalho) e de saúde e qualidade de vida.

Acredita-se que as adversidades do trabalho foram suportadas e que estes benefícios foram possíveis porque os participantes criaram estratégias e formas de lidar com o sofrimento gerado pelo trabalho na SO HU USP. Dentre as estratégias, destacam-se as relações de confiança e de cooperação entre os pares.

Estas foram consideradas como compensadoras dos declínios provenientes do envelhecimento e dos desafios gerados pela organização do trabalho e, por esta razão, tiveram influência positiva na permanência dos participantes no trabalho. Diante disso, este estudo aponta que os aspectos psíquicos e subjetivos têm relevância para a participação laboral de pessoas idosas.

Além das relações mencionadas, o acúmulo de experiência, a boa qualidade de vida, as condições de trabalho, a remuneração e a estabilidade satisfatórias, a

possibilidade de se ter educação permanente e continuada e o prazer na atividade realizada também foram consideradas como as bases que propiciaram a permanência dos participantes no trabalho.

Ainda que se compreenda a importância de mais indícios e um maior aprofundamento sobre este assunto, concebe-se que o presente estudo evidenciou questões do trabalho que merecem atenção das empresas e das políticas públicas, de maneira a auxiliarem na promoção da permanência de trabalhadores idosos no trabalho.

ANEXO

8 ANEXO - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: _____
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO: ____/____/____
 ENDEREÇO: _____ Nº: _____ APTO: _____
 BAIRRO: _____ CIDADE: _____
 CEP: _____ TELEFONE: DDD () _____
2. RESPONSÁVEL LEGAL:
 NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.):
 DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐
 DATA NASCIMENTO:/...../.....
 ENDEREÇO: Nº: APTO:
 BAIRRO: CIDADE:
 CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: *O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho*

1. **PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Selma Lancman
 CARGO/FUNÇÃO: Professora Titular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: CREFITO 418-TO
 UNIDADE DA USP: Faculdade de Medicina / Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
PESQUISADORA EXECUTANTE: Andrea Toshie Sato
 CARGO/FUNÇÃO: Discente no Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação – área de concentração: Intervenção Social em Terapia Ocupacional / Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
 INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº: CREFITO 3/15822-TO
 UNIDADE DA USP: Faculdade de Medicina / Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
2. **AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:**
 RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐
 RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐
3. **DURAÇÃO DA PESQUISA:** 24 meses

 Rubrica do sujeito da pesquisa/responsável legal

 Rubrica do responsável pelo estudo

4. INFORMAÇÕES RELEVANTES

A pesquisa ‘*O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho*’ tem como objetivo geral conhecer e analisar a questão do envelhecimento no trabalho, sob o ponto de vista de trabalhadores com idade a partir de 60 anos de um setor de um hospital de média complexidade do município de São Paulo, no contexto da possível reforma previdenciária brasileira.

Assim, gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo, no qual serão realizados grupos para discussão da temática “envelhecimento no trabalho no contexto da reforma previdenciária”. Sua participação é voluntária e você tem o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer tipo de prejuízo.

Há um risco mínimo na participação desta pesquisa, pois ela pode causar algum constrangimento e desconforto durante o fornecimento das informações, o que poderá ser sanado por meio de orientação do pesquisador responsável. Não há despesas pessoais para o(a) sr(a). em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Você poderá perguntar qualquer dúvida sobre o estudo ou sobre sua participação a qualquer momento no decorrer da pesquisa. Os dados referentes aos grupos serão gravados, transcritos e analisados posteriormente, porém seu anonimato será preservado. Portanto, seu nome ou qualquer outro dado que o/a identifique não será revelado. Você poderá solicitar os escritos do grupo, se for o caso, e realizar as modificações que considerar necessárias. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro e você receberá uma via deste TCLE.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa. A principal pesquisadora é a Profa. Titular Selma Lancman, que pode ser encontrada no Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado na Rua Cipotânea, 51; no telefone: (11) 3091-8436; ou no e-mail: lancman@usp.br. Além disso, se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, pode entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, localizado na Av. Dr. Arnaldo, 251 - Cerqueira César - São Paulo/SP - 21º andar - sala 36; telefones: (11) 3893-4401/4407; e-mail: cep.fm@usp.br / Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, localizado na Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária - São Paulo/SP – Secretaria (3º andar do prédio); telefone: (11) 3091-9457; e-mail: cep@hu.usp.br.

Se você teve a liberdade de conversar com o pesquisador que te apresentou este termo de consentimento para participar da pesquisa; se você acredita ter sido suficientemente informado(a); se ficaram claros quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes; se ficou claro também que a participação é voluntária e isenta de despesas, sendo que poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízo; se você recebeu uma via deste TCLE, assine abaixo.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do sujeito da pesquisa/responsável legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste entrevistado ou representante legal para a participação neste estudo.

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pelo estudo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012; 21(4):539-48.
- ² Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(3):548-54.
- ³ Organização Mundial da Saúde - OMS (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 08 de junho de 2018.
- ⁴ Organização Mundial da Saúde - OMS (2002). *Active Ageing – A Policy Framework*. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/1/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em 08 de junho de 2018.
- ⁵ Tibulo C, Carli V, Dullius AIS. Evolução Populacional do Brasil: uma visão Demográfica. *Scientia Plena*. 2012; 8(4):1-10.
- ⁶ Alves JED. *A transição demográfica e a janela de oportunidade*. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial; 2008.
- ⁷ Brito F. *A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2007.
- ⁸ Wong LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil. *Rev. Bras. Est. Pop.* 2006; 23(1):5-26.
- ⁹ Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):725-33.
- ¹⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013). *Projeção da População do Brasil, 2013*. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/>>. Acesso em 20 de março de 2018.
- ¹¹ Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde coletiva*. 2007; 4(17):135-40.
- ¹² Sampaio RF, Augusto VG. Envelhecimento e trabalho: um desafio para a agenda de reabilitação. *Rev. Bras Fisioter*. 2012; 16(2):94-101.
- ¹³ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2017). *Censo demográfico*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao.html/>>. Acesso em 20 de março de 2018.

¹⁴ Jacob Filho W. Envelhecimento e atendimento domiciliário. In: Duarte YAO, Diogo MJD (org.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 19-25.

¹⁵ Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2012; 46(6):1494-502.

¹⁶ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1974 12 dez.

¹⁷ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1994 05 jan.

¹⁸ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 4.227, de 13 de maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2002 14 mai.

¹⁹ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso - CNDI, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2004 18 jun.

²⁰ Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019 28 jun.

²¹ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2003 13 out.

²² Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 9.892, de 10 de dezembro de 1997. Institui a Política Estadual do Idoso (PEI). *Assessoria Técnico-Legislativa*, São Paulo. 1997 10 dez.

²³ Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. Lei nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007. Consolida a legislação relativa ao idoso. *Assessoria Técnico-Legislativa*, São Paulo. 2007 26 fev.

- ²⁴ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2000 09 nov.
- ²⁵ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.173, de 9 de janeiro de 2001. Altera a Lei nº 5.869, de 11 de janeiro de 1973 - Código de Processo Civil, para dar prioridade de tramitação aos procedimentos judiciais em que figure como parte pessoa com idade igual ou superior a sessenta e cinco anos. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2001 10 jan.
- ²⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2006 20 out.
- ²⁷ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1988 05 out.
- ²⁸ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1993 08 dez.
- ²⁹ Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2006 23 fev.
- ³⁰ Sato AT, Lancman S. Políticas públicas e a inserção da pessoa idosa no mercado de trabalho no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2020; 23(6):e200170.
- ³¹ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto-lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 1943 1 mai.
- ³² Raymundo TM, Castro CSS. Análise de um programa de treinamento de trabalhadores mais velhos para o uso de tecnologias: dificuldades e satisfação. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019; 22(5):e190039.
- ³³ Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 103, de 12 de novembro de 2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019 13 nov.

- ³⁴ França LHFP, Siqueira-Brito AR, Valentini F, Vasques-Menezes I, Torres CV. Ageísmo no contexto organizacional: a percepção de trabalhadores brasileiros. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20(6):765-77.
- ³⁵ Martinez MC, Latorre MRDO, Fischer FM. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Col.* 2010; 15(sup.1):1553-61.
- ³⁶ Neri AL. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. *A Terceira Idade.* 2002; 13(24):7-27.
- ³⁷ Morschhäuser M, Sochert R. *Healthy Work in an Ageing Europe* - Strategies and Instruments for Prolonging Working Life. European Network for Workplace Health Promotion, 2006. Disponível em: <<http://www.ageingatwork.eu/resources/health-work-in-an-ageing-europe-enwhp-3.pdf>>. Acesso em 08 de junho de 2017.
- ³⁸ Andrade CB, Monteiro MI. Envelhecimento e capacidade para o trabalho dos trabalhadores de higiene e limpeza hospitalar. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41(2):237-44.
- ³⁹ Berger W, Hakkarainen O, Ikonen J, Karjalainen P, Sokura S, Sorsa S. *Ageing in working life. Pertti Laitinen (ed.):* North Karelia University of Applied Sciences, 2012. Disponível em: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/47639/C49_verkkojulkaisu.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 08 de junho de 2017.
- ⁴⁰ Hilleshein EF, Lautert L. Capacidade para o trabalho, características sociodemográficas e laborais de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20(3):8 telas.
- ⁴¹ Jorgensen B. The ageing population and knowledge work: a context for action. *Foresight.* 2005; 7(1):61-76.
- ⁴² Bernardes LS, Rocha IC, Barboza MCN. A insatisfação profissional dos enfermeiros de um hospital público no centro oeste. *J Nurs Health.* 2013; 3(1):62-73.
- ⁴³ Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Rev. Cient. Internacional.* 2012; 1(7):106-94.
- ⁴⁴ Hilleshein EF, Souza LM, Lautert L, Paz AA, Catalan VM, Teixeira MG, Mello DB. Capacidade para o trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. *Rev. Gaúcha Enf.* 2011; 32(3):509-15.
- ⁴⁵ Abrahão J, Sznclwar L, Silvino A, Sarmet M, Pinho D. *Introdução à Ergonomia: da prática à teoria.* São Paulo: Blucher; 2009.

- ⁴⁶ Morosini MVGC. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2016; 14(Suppl. 1):5-7.
- ⁴⁷ Lancman S, Sznclwar LI, Jardim TA. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2006; 17(3):129-36.
- ⁴⁸ Merlo ARC. Psicodinâmica do trabalho. In: Jacques MG, Codo W (orgs). *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 130-42.
- ⁴⁹ Giacomelli W, Borges GR, Santos EG. Determinantes da desmotivação no trabalho: uma investigação teórica e empírica. *Rev. de Adm. de Roraima-UFRR*. 2016; 6(1):4-17.
- ⁵⁰ Camarano AA, Carvalho DF, Kanso S. Saída precoce do mercado de trabalho: aposentadoria ou discriminação? *Ciênc. saúde coletiva*. 2019; 24(9).
- ⁵¹ Lancman S, Barros JO, Jardim TA. Teorias e práticas de retorno e permanência no trabalho: elementos para a atuação dos terapeutas ocupacionais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2016; 27(2):101-8.
- ⁵² Chagas AMR, Salim CA, Servo LMS (orgs). *Saúde e segurança no trabalho no Brasil: aspectos institucionais, sistemas de informação e indicadores*. 2ª ed. São Paulo: IPEA: Fundacentro; 2012.
- ⁵³ Sato AT, Barros JO, Jardim TA, Ratier APP, Lancman S. Processo de envelhecimento e trabalho: estudo de caso no setor de engenharia de manutenção de um hospital público do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(10):e00140316.
- ⁵⁴ Pazzim TA, Marin A. Programas de Preparação para Aposentadoria: Revisão sistemática da literatura nacional. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*. 2016; 17(1): 91-101.
- ⁵⁵ Figueira DAM, Haddad MCL, Gvozđ R, Pissinati PSC. A tomada de decisão da aposentadoria influenciada pelas relações familiares e laborais. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2017; 20(2):206-13.
- ⁵⁶ Ladeira MM, Costa DVF, Ferreira VCP, Nascimento RP, Costa MPC. Significado do trabalho para o idoso: um estudo exploratório. *Rev Vianna Sapiens*. 2017; 8(1): 71-102.
- ⁵⁷ Machado JMH, Correa MV. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. *Inf. Epidemiol. Sus.* 2002; 11(3):159-66.
- ⁵⁸ Elias MA, Navarro VL. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2006; 14(4):517-25.

- ⁵⁹ Luiz GC, Vera LN. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. *PEGADA - A Revista da Geografia do Trabalho*. 2012; 13(2):67-82.
- ⁶⁰ Martins PF, Sobrinho CLN, Silva MV, Pereira NB, Gonçalves CM, Rebouças BS et al. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Rev. bras. saúde ocup.* 2009; 34(120):172-8.
- ⁶¹ Rodrigues EP, Rodrigues US, Oliveira LMM, Laudano RCS, Sobrinho CLN. Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(2):296-301.
- ⁶² Iana VMR, Gláucia HAR, Eulália MCM. Produzir saúde suscita adoecimento? As contradições do trabalho em hospitais públicos de urgência e emergência. *Ciênc. saúde colet.* 2015; 20(10).
- ⁶³ Flick U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- ⁶⁴ Universidade de São Paulo. *Sobre o HU*. Disponível em: <<http://www2.hu.usp.br/>>. Acesso em 06 de maio de 2019.
- ⁶⁵ Viana E. *Inscrições abertas para Programa de Incentivo à Demissão Voluntária*. 2014. Disponível em: <<http://www.usp.br/imprensa/?tag=pdv>>. Acesso em 15 de março de 2018.
- ⁶⁶ Yamamoto E. *Inscrições abertas para o Programa de Incentivo à Demissão Voluntária*. 2016. Disponível em: <<http://www.usp.br/imprensa/?p=58980>>. Acesso em 15 de março de 2018.
- ⁶⁷ Brasil. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2018 01 nov.
- ⁶⁸ Educa Mais Brasil. *O que faz um obstetra?* 2020. Disponível em: <<https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/carreira/o-que-faz-um-obstetra>>. Acesso em 12 de maio de 2020.
- ⁶⁹ Federação Nacional dos Médicos. *Piso nacional dos médicos e valor de consulta divulgados pela Fenam são base para negociações de salários e honorários médicos*. 2020. Disponível em: <<http://www.fenam.org.br/2020/01/22/confira-o-valor-do-piso-fenam-para-2020/>>. Acesso em 12 de maio de 2020.
- ⁷⁰ Brasil. Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.221, de 23 de novembro de 2018. Homologa

a Portaria CME nº 1/2018, que atualiza a relação de especialidades e áreas de atuação médicas aprovadas pela Comissão Mista de Especialidades. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2019 24 jan.

⁷¹ Barbour R. *Grupos Focais*. Porto Alegre: Artmed; 2009.

⁷² Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6):349–57.

⁷³ Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

⁷⁴ Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006; 3(2):77-101.

⁷⁵ Nascimento SCL, Carvalho FM, Bonfim TAS, Cirino CAS, Ferreira IS. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(1):131-40.

⁷⁶ Tironi MOS, Nascimento SCL, Barros DS, Reis EJFB, Marques FES, Almeida A et al. Trabalho e síndrome da estafa profissional (Síndrome de Burnout) em médicos intensivistas de Salvador. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 2009; 55(6):656-62.

⁷⁷ Nascimento SCL, Barros DS, Tironi MOS, Marques FES. Médicos de UTI: prevalência da Síndrome de Burnout, características sociodemográficas e condições de trabalho. *Rev. Bras. de Educ. Médica*. 2010; 34(1):106-15.

⁷⁸ Costa ES, Morita I, Martinez MAR. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(2):553-5.

⁷⁹ Lancman S, Jardim TA. O impacto da organização do trabalho na saúde mental: um estudo em psicodinâmica do trabalho. *Rev.Ter.Ocup.Univ. São Paulo*. 2004; 15(2):82-9.

⁸⁰ Lancman S, Uchida S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 2003; 6:79-90.

⁸¹ Comazzetto LR, Vasconcellos SJL, Perrone CM, Gonçalves J. A Geração Y no Mercado de Trabalho: um Estudo Comparativo entre Gerações. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2016; 36(1):145-157.

⁸² Brant LC, Minayo-Gomez C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1):213-23.

- ⁸³ Molinier P. Sujeito e subjetividade: questões metodológicas em psicodinâmica do trabalho. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2003; 14(1):43-7.
- ⁸⁴ Barros JO. *Interfaces entre produção de saúde e coordenação do cuidado: perspectiva da psicodinâmica do trabalho na compreensão do trabalhar de médicos inseridos em um hospital universitário – São Paulo, Brasil* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.
- ⁸⁵ Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.
- ⁸⁶ Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):759-71.
- ⁸⁷ Souza RF, Matias HA, Brêtas ACP. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(6):2835-43.
- ⁸⁸ Moreira MMS. *Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento* [dissertação]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.
- ⁸⁹ Ramos EL, Souza NVDO, Caldas CP. Qualidade de vida do idoso trabalhador. *Rev. enferm. UERJ*. 2008; 16(4):507-11.
- ⁹⁰ Sznclwar LI, Uchida S, Lancman S. A subjetividade no trabalho em questão. *Revista de Sociologia da USP*. 2011; 23(1):11-30.
- ⁹¹ Dutra WH, Corrêa RM. O Grupo Operativo como Instrumento Terapêutico-Pedagógico de Promoção à Saúde Mental no Trabalho. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015; 35(2):515-27.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ANUÊNCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CARTA DE ANUÊNCIA DA CÂMARA DE PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

São Paulo, 05 de março de 2018.

Ilmo(a). Sr(a).
Profa. Dra. Selma Lancman
Pesquisador(a) Responsável

Prezado(a) Senhor(a)

A Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, após análise do mérito científico do Projeto de Pesquisa **“O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho”** considerou como exequível sua realização nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

Entretanto, lembra que este documento se refere à concordância da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo com a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o(a) pesquisador(a) aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em cumprimento a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Ricardo Ambrósio Fock
Vice-Presidente da Câmara de Pesquisa
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

APÊNDICE B – APROVAÇÃO 1 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho

Pesquisador: selma lancman

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87066318.1.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.608.864

Apresentação do Projeto:

Projeto voltado à obtenção do título de mestre investigando o envelhecimento e a possibilidade de manutenção dos idosos no trabalho, como falta de uma legislação e situações de trabalho que promovam a participação laboral do trabalhador idoso de forma adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar a questão do envelhecimento no trabalho, sob o ponto de vista de trabalhadores idosos de um setor de um hospital de média complexidade do município de São Paulo, no contexto da possível reforma previdenciária brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual será realizado grupo focal com trabalhadores com idade a partir de 60 anos do setor com maior número de idosos do hospital-alvo. Riscos mínimos relativos a participar de grupo focal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem formulada envolvendo temática relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados para o estudo.

Recomendações:

Aprovação

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.608.864

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1076401.pdf	02/04/2018 15:00:37		Aceito
Outros	ApendiceC.pdf	02/04/2018 14:59:20	selma lancman	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_HU.pdf	02/04/2018 14:56:06	selma lancman	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_enf.pdf	02/04/2018 14:55:38	selma lancman	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	SATO_AT.pdf	02/04/2018 14:55:05	selma lancman	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/03/2018 17:47:07	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP3.pdf	02/03/2018 17:46:54	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP2.pdf	02/03/2018 17:46:44	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP.pdf	02/03/2018 17:46:24	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU4.pdf	26/02/2018 15:33:18	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU3.pdf	26/02/2018 15:33:02	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU2.pdf	26/02/2018 15:32:44	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU1.pdf	26/02/2018 15:32:19	selma lancman	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/02/2018 17:55:12	selma lancman	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/02/2018 17:55:03	selma lancman	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.608.864

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Abril de 2018

Assinado por:

**Antonio de Padua Mansur
(Coordenador)**

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

APÊNDICE C - APROVAÇÃO 1 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

São Paulo, 29 de maio de 2018.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Profa. Dra. Selma Lancman

Pesquisador(a) responsável

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Faculdade de Medicina

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho”

Pesquisadora executante: Andrea Tshye Sato

CAAE: 87066318.1.3001.0076

Registro CEP-HU/USP: 1712/18

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 18 de maio de 2018 analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como o seu **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais semestrais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra “d”.

O primeiro relatório está previsto para 18 de novembro de 2018.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

APÊNDICE D – ANUÊNCIA DO DEPARTAMENTO MÉDICO HU USP

CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA ENVOLVIDA NO ESTUDO

São Paulo, 13.06.2018

Prezados Senhores,

O Projeto de Pesquisa "**O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho**", a ser realizado nas dependências do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU/USP), cujo pesquisador responsável é o(a) **Solma Lancman**, foi considerado exequível pela Área de Terapia Ocupacional.

Declaro que esta Carta e o responsável pelo projeto têm conhecimento dos procedimentos da Universidade de São Paulo no que se refere à excelência científica exigida, às características da revisão anônima por pares e aos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que este documento se refere à anuência dada pela área para a possível realização do estudo, **o que não autoriza o início da pesquisa**, devendo o pesquisador aguardar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, para tanto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'M. Borbs', is written over a horizontal line.

Dr. Marcelo Rodrigues Borbs
Ciclo Técnico do Departamento Médico
Hospital Universitário / USP
CRM 87447

**APÊNDICE E – APROVAÇÃO 2 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(APÓS INCLUSÃO DO DEPARTAMENTO MÉDICO NA PESQUISA)**

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho

Pesquisador: selma lancman

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87066318.1.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.785.738

Apresentação do Projeto:

Projeto voltado à obtenção do título de mestre investigando o envelhecimento e a possibilidade de manutenção dos idosos no trabalho, como falta de uma legislação e situações de trabalho que promovam a participação laboral do trabalhador idoso de forma adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar a questão do envelhecimento no trabalho, sob o ponto de vista de trabalhadores idosos de um setor de um hospital de média complexidade do município de São Paulo, no contexto da possível reforma previdenciária brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, na qual será realizado grupo focal com trabalhadores com idade a partir de 60 anos do setor com maior número de idosos do hospital-alvo. Riscos mínimos relativos a participar de grupo focal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Emenda para inclusão de um novo setor (Divisão Médica) do hospital no estudo. O percurso para esta inclusão está descrita nos "Métodos" do projeto detalhado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados para a emenda.

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.785.738

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1161413_E1.pdf	19/06/2018 16:09:26		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Emenda_SATO_AT.pdf	19/06/2018 15:46:29	Andrea Toshie Sato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_DM.pdf	19/06/2018 15:40:10	Andrea Toshie Sato	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_HU.pdf	02/04/2018 14:56:06	selma lancman	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_enf.pdf	02/04/2018 14:55:38	selma lancman	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	02/03/2018 17:47:07	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP3.pdf	02/03/2018 17:46:54	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP2.pdf	02/03/2018 17:46:44	selma lancman	Aceito
Outros	Comite_etica_FMUSP.pdf	02/03/2018 17:46:24	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU4.pdf	26/02/2018 15:33:18	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU3.pdf	26/02/2018 15:33:02	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU2.pdf	26/02/2018 15:32:44	selma lancman	Aceito
Outros	Protocoloco_pesquisa_HU1.pdf	26/02/2018 15:32:19	selma lancman	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	21/02/2018 17:55:12	selma lancman	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
Bairro: PACAEMBU **CEP:** 01.246-903
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3893-4401 **E-mail:** cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.785.738

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Julho de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**APÊNDICE F - APROVAÇÃO 2 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
(APÓS INCLUSÃO DO DEPARTAMENTO MÉDICO NA PESQUISA)**

São Paulo, 29 de agosto de 2018.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Profa. Dra. Selma Lancman

Pesquisador(a) responsável

Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional

Faculdade de Medicina

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** "O envelhecimento no contexto da reforma previdenciária brasileira: desafios e estratégias para a permanência de idosos no trabalho"

Pesquisadora executante: Andrea Toshiye Sato

CAAE: 87066318.1.3001.0076

Registro CEP-HU/USP: 1712/18

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em Reunião Ordinária realizada no dia 17 de agosto de 2018, APROVOU a Emenda Nº 1161413_E1 de 19/06/2018, referente a inclusão de Divisão de Clínica Médica do Hospital Universitário da USP, para coleta de dados do estudo.

Atenciosamente,

Dr. Mauricio Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo