



**Helena Maria Almeida
Macedo Loureiro**

**CUIDAR NA “ENTRADA NA REFORMA”:
uma intervenção conducente à promoção da saúde
de indivíduos e de famílias**



**Helena Maria Almeida
Macedo Loureiro**

**CUIDAR NA “ENTRADA NA REFORMA”:
uma intervenção conducente à promoção da saúde
de indivíduos e de famílias**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde, realizada sob a orientação científica do Doutor Manuel Teixeira Veríssimo, Prof. Doutor da Faculdade de Medicina de Coimbra (Coimbra) e co-orientação científica do Doutor António Manuel Fonseca, Prof. Doutor da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (Porto).



Dedicatória

Aos meus queridos filhos.

O júri

Presidente

Prof. Doutor Armando da Costa Duarte
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Vogais

Prof. Doutor Nelson Fernando Pacheco da Rocha
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

Prof.^a Doutora Ana Alexandre Fernandes
Professora Associada com Agregação da Universidade Nova de Lisboa

Prof. Doutor António Manuel Fonseca
Professor Associado da Universidade Católica Portuguesa (Co-Orientador)

Prof. Doutor Manuel Teixeira Veríssimo
Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina de Coimbra (Orientador)

Prof.^a Doutora Maria Amália Botelho
Professora Auxiliar da Universidade Nova de Lisboa

Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Agradecimentos

Agradecimento a todos os indivíduos e famílias que se disponibilizaram a colaborar neste estudo, cujo acolhimento jamais será esquecido.

Agradecimento aos digníssimos professores orientadores desta tese, Professor Doutor Manuel Teixeira Veríssimo e Professor Doutor António Manuel Fonseca, pelo rigor científico das suas orientações, pela disponibilidade e confiança depositada e, pelo apoio manifestado.

Agradecimento à Professora Doutora Margareth Ângelo, pelo enriquecimento que proporcionou em termos de formação em Enfermagem de Saúde Familiar, pela colaboração prestada na segunda fase deste estudo e, particularmente, pela amizade que sempre demonstrou.

Agradecimento a todas as instituições e profissionais de saúde que facultaram e colaboraram na realização deste estudo.

Um especial agradecimento a todos os colegas e amigos que transmitiram força, coragem e um apoio incondicional naqueles que foram os momentos mais delicados da vivência detida durante este período de desenvolvimento.

Palavras-chave

Resumo

Envelhecimento; Meia-Idade; Aposentação; Promoção da Saúde; Enfermagem

ENQUADRAMENTO: Ao longo do ciclo vital, os indivíduos e as suas famílias estão em constante desenvolvimento. Os acontecimentos de vida transicionais, pelos fenómenos de mudança e adaptação que envolvem, são em grande parte responsáveis por esse processo e dada a vulnerabilidade em saúde a que os poderá expor; constituem momentos cruciais de intervenção para a Enfermagem (Meleis, 2010). A “entrada na reforma” constitui um desses acontecimentos que, quando não devidamente preparado, poderá pôr em causa o processo de envelhecimento activo (Fonseca, 2004a; Veríssimo, 2008). Estudar os efeitos que esta transição exerce nas vivências dos indivíduos e das suas famílias, ajudará a compreender a forma como esta poderá comprometer o envelhecimento e, simultaneamente, poderá trazer um conhecimento mais profícuo para aquele que deverá ser o *cuidar de indivíduos e famílias num período da “entrada na reforma”*. **OBJECTIVO:** Conhecer as vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”, de forma a apresentar estratégias e linhas orientadoras de intervenção de Enfermagem, conducentes à promoção do seu estado de saúde. **MÉTODO:** O estudo foi desenvolvido em duas fases. Uma primeira, de carácter quantitativo, na qual foi aplicado um questionário a 432 indivíduos, que se encontravam aposentados há menos de cinco anos. A selecção da amostra foi conseguida pelo método “bola de neve” e os dados obtidos foram analisados com recurso ao programa SPSS₁₇ e à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Uma segunda fase, de carácter qualitativo, na qual foram entrevistadas 14 famílias de indivíduos que tinham percebido alterações e/ou dificuldades, na primeira fase deste estudo. A análise da informação sustentou-se num referencial teórico de interaccionismo simbólico e numa metodologia de investigação narrativa, contando com o auxílio do Nvivo8. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** As características sócio-demográficas, os motivos da aposentação e as expectativas que detinham relativamente à “entrada na reforma”, interferiram na forma como os indivíduos viveram a transição. Para os protagonistas, as principais alterações e/ou dificuldades percebidas na referida vivência foram a *adaptação à alteração das rotinas diárias* (26,5%), a *dificuldade em ocupar o tempo* (14,7%) e a *diminuição do poder económico* (14,0%) e as famílias constituíram a principal fonte de apoio (71,5%), para fazer face às mesmas. As famílias perceberam uma idêntica mudança e traduziram-na por uma dualidade de significados que se identificou com *percepções de ganho* e de *perda*, para as suas vidas. Os significados *reaprender a “estar”*, a *“sentir”* e a *“ser”*, traduziram o processo de adaptação a que estiveram sujeitos. **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM:** Cuidar no período da “entrada na reforma” deverá obedecer a um modelo de intervenção muito próprio que se harmonize, não apenas com a singularidade dos indivíduos e famílias que protagonizam este acontecimento de vida, mas, também, e de forma muito particular, com a especificidade das mudanças que essa vivência transicional lhes possa vir a suscitar.

Keywords

Abstract

Ageing, Midlife; Retirement; Health promotion; Nursing

BACKGROUND: Throughout the life span, individuals and their families are constantly evolving. Life transitional events, because of the phenomena of change and adaptation involved, are mainly responsible for that process and, given the vulnerability in health to which they may be exposed, they are also critical moments for nursing interventions (Meleis, 2010). "Moving into retirement" is one of these moments that have to be adequately prepared so they will not jeopardize the active ageing process (Fonseca, 2004a; Veríssimo, 2008). Studying the impact of this transition on the lives of individuals and their families will contribute to understand how this event can jeopardize ageing and at the same time provide a more in-depth knowledge of what should actually be *caring for individuals and families in the period of "moving into retirement"*.

OBJECTIVE: To understand the experiences of individuals and their families during the transition process of "moving into retirement" so as to propose nursing intervention strategies and guidelines, leading to health promotion.

METHOD: This study was developed in two stages. In the first stage, quantitative in nature, a questionnaire was applied to 432 individuals who had been retired for less than five years. The snowball sampling method was used to select the sample and data was analysed using SPSS and the Bardin's content analysis technique. In the second stage, qualitative in nature, 14 families of individuals who had experienced changes and/or difficulties in the first stage of this study were interviewed. Data analysis was based on the theoretical framework of symbolic interactionism and on a narrative research methodology, using Nvivo 8.

RESULTS AND DISCUSSION: The social and demographic characteristics, the reasons for retirement and the expectations about "moving into retirement" influenced how individuals experienced this transition. In this sample, the main changes and/or difficulties perceived by individuals in this process of transition were *adaptation to changes in daily routines* (26.5%), *difficulty in occupying time* (14.7%) and *decreased economic power* (14.0%). According to these individuals, families were their main source of support (71.5%) to cope with these changes. As with individuals, families also perceived the change related to this transition and expressed it in a duality of meanings which were identified with perceptions of *gain* and *loss* in their lives. The meanings *relearning how to "act", "feel" and "be"* were used to express the process of adaptation of these individuals to this transitional experience.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: Health care provision in the period of "moving into retirement" should follow a very particular model of intervention that combines not only the unique characteristics of individuals and families who are the main actors in this life event, but also the specificity of the transformations brought about by this transition experience.

	Pág.
ÍNDICE	
LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE GRÁFICOS	vi
LISTA DE QUADROS	vii
INTRODUÇÃO	1

PARTE I – CONTEXTUALIZAÇÃO DO DOMÍNIO DO CONHECIMENTO

CAP. I – ENVELHECIMENTO E IDADE ADULTA	9
1. ENVELHECIMENTO: UM PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	10
1.1. O ENVELHECIMENTO ACTIVO	42
2. IDADE ADULTA: UMA FASE DO CICLO VITAL	53
2.1. O INDIVÍDUO NA MEIA-IDADE	54
2.2. A FAMÍLIA NA MEIA-IDADE	64
CAP. II – “ENTRADA NA REFORMA”	71
1. “ENTRADA NA REFORMA”: UM ACONTECIMENTO DE VIDA NA MEIA-IDADE	72
2. “ENTRADA NA REFORMA”: UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO	77

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. JUSTIFICAÇÃO, FINALIDADE E OBJECTO DE ESTUDO	85
2. OBJECTIVOS E QUESTÕES ORIENTADORAS	88
3. DESENHO DE ESTUDO	89

	Pág.
1ª FASE DO ESTUDO EMPÍRICO	91
Vivências percebidas pelos indivíduos no período de “entrada na reforma”	
1. METODOLOGIA	92
1.1. TIPO DE ESTUDO	92
1.2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	92
1.3. VARIÁVEIS E OPERACIONALIZAÇÃO	93
1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	97
1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	110
1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DE RECOLHA DE DADOS	112
1.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS	113
2. RESULTADOS	116
3. DISCUSSÃO	143
2ª FASE DO ESTUDO EMPÍRICO	189
Vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias no período de “entrada na reforma”	
1. METODOLOGIA	190
1.1. TIPO DE ESTUDO	190
1.2. OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	194
1.3. SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES	196
1.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	198
1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DE RECOLHA DE DADOS	202
1.6. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	206
1.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	214
2. RESULTADOS	217
2.1. A VIVÊNCIA ANTES DA “ENTRADA NA REFORMA”	219
2.2. A VIVÊNCIA APÓS A “ENTRADA NA REFORMA”	234
2.3. A PERSPECTIVA DA VIVÊNCIA FUTURA	277
3. DISCUSSÃO	281

PARTE III – IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

1. CUIDAR NO PERÍODO DA “ENTRADA NA REFORMA”	297
1.1. UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM CONDUCENTE À PROMOÇÃO DA SAÚDE INDIVÍDUAL E FAMILIAR	300

CONSIDERAÇÕES FINAIS	322
-----------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	327
---------------------	-----

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário (1ª Fase do Estudo Empírico)

ANEXO 2 – Formalização institucional (1ª Fase do Estudo Empírico)

ANEXO 3 – Guião de entrevista (2ª Fase do Estudo Empírico)

ANEXO 4 – Formalização institucional (2ª Fase do Estudo Empírico)

ANEXO 5 – Declaração de consentimento-informado (2ª Fase do Estudo Empírico)

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Categorias, unidades de significado e prevalência das alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos no período subsequente à “entrada na reforma” (1ª FASE)

APÊNDICE 2 – Alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos período subsequente à “entrada na reforma” e estratégias utilizadas para fazer face às mesmas em função o género, da idade e da profissão (1ª FASE)

LISTA DE FIGURAS

	Pág.	
Figura 1	Modelo ecológico do desenvolvimento humano	11
Figura 2	Alterações sensoriais ocorridas durante o processo de envelhecimento	25
Figura 3	Modelo de compatibilidade pessoa-ambiente	39
Figura 4	Modelo ecológico-comportamental do envelhecimento	41
Figura 5	Modelo de optimização selectiva por compensação	44
Figura 6	Determinantes do envelhecimento activo	45
Figura 7	Equilíbrio do envelhecimento saudável	46
Figura 8	Desenho do Estudo Empírico	89
Figura 9	Técnica de amostragem da 1ª fase do estudo empírico	98
Figura 10	Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma” (1ª FASE).	124
Figura 11	Contexto de emergência da interacção simbólica ocorrida entre o indivíduo, a família e o meio, durante a vivência da “entrada na reforma”.	192
Figura 12	Seleção dos participantes da 2ª fase do estudo empírico.	197
Figura 13	Modelo de Avaliação Familiar de Calgary	199
Figura 14	Simbologia utilizada na caracterização das famílias participantes	206
Figura 15	Simbologia utilizada na transcrição das narrativas	214
Figura 16	Modelos de resultado obtidos em função das unidades de análise: “O Antes”, “O Após” e “O Futuro”	218
Figura 17	Temas e sub-temas relativos à unidade de significado <i>Antes da “entrada na reforma”</i>	219
Figura 18	Sub-temas relativos ao tema <i>Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”</i>	226
Figura 19	Temas e sub-temas relativos à unidade de significado <i>Após “entrada na reforma”</i>	234
Figura 20	Sub-temas relativos ao tema <i>Significado atribuído à “entrada na reforma”</i>	235
Figura 21	Sub-temas relativos ao tema <i>Significado atribuído à vivência da “entrada na reforma”</i>	248
Figura 22	Temas e sub-temas relativos à unidade de significado <i>Perspectiva da vivência futura</i>	277
Figura 23	Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano aplicado à “entrada na reforma”	298
Figura 24	Síntese das evidências empíricas da investigação realizada (1ª FASE+2ª FASE).	300

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.	
Gráfico 1	População portuguesa nos anos de 1960, 2004 e 2050.	17
Gráfico 2	Distribuição da amostra segundo o estado civil (<i>1ª FASE</i>).	99
Gráfico 3	Distribuição da amostra segundo o distrito de residência (<i>1ª FASE</i>).	100
Gráfico 4	Distribuição da amostra segundo a área de residência (<i>1ª FASE</i>).	101
Gráfico 5	Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”, em função da idade (<i>1ª FASE</i>).	127
Gráfico 6	Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”, em função do género (<i>1ª FASE</i>).	127
Gráfico 7	Cumulativo do grau de parentesco, percebido como fonte de apoio (<i>1ª FASE</i>).	130
Gráfico 8	Representação gráfica da modalidade de exercício físico praticada, antes e após a “entrada na reforma” (<i>1ª FASE</i>).	139

LISTA DE QUADROS

	Pág.	
Quadro 1	Factores promotores de um envelhecimento activo	52
Quadro 2	Síntese dos principais acontecimentos ocorridos na meia-idade	64
Quadro 3	Funções e tarefas de desenvolvimento nas famílias na meia-idade	67
Quadro 4	Determinação do nível socioeconómico em função da escolaridade e da profissão	93
Quadro 5	Comportamentos alimentares diários recomendados para um indivíduo na meia-idade	96
Quadro 6	Classificação do IMC, no adulto	96
Quadro 7	Distribuição da amostra segundo a idade e o género (<i>1ª FASE</i>)	99
Quadro 8	Distribuição da amostra segundo a escolaridade e o género (<i>1ª FASE</i>)	100
Quadro 9	Distribuição da amostra segundo o nível socioeconómico e o género (<i>1ª FASE</i>)	101
Quadro 10	Distribuição da amostra segundo o género e a área de exercício profissional (<i>1ª FASE</i>).	102
Quadro 11	Distribuição da amostra segundo a existência e a frequência de vigilância de saúde, formação em serviço, formação em saúde e prática de desporto, no local de trabalho (<i>1ª FASE</i>)	103
Quadro 12	Distribuição da amostra segundo as actividades realizadas fora do local de trabalho (<i>1ª FASE</i>)	103
Quadro 13	Associação entre o grau de satisfação com o trabalho e o género (<i>1ª FASE</i>)	104
Quadro 14	Associação entre o grau de satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma” e o género (<i>1ª FASE</i>)	104
Quadro 15	Associação entre o grau de satisfação com o trabalho e o grau de satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma” (<i>1ª FASE</i>)	105
Quadro 16	Distribuição da amostra segundo a idade de “entrada na reforma” e o género (<i>1ª FASE</i>).	106
Quadro 17	Distribuição da amostra segundo o tempo de reforma e o género (<i>1ª FASE</i>)	106
Quadro 18	Distribuição da amostra segundo o motivo de “entrada na reforma” e o género (<i>1ª FASE</i>)	106
Quadro 19	Distribuição da amostra segundo outros motivos de “entrada na reforma” e o género (<i>1ª FASE</i>)	107
Quadro 20	Distribuição da amostra segundo outros motivos de “entrada na reforma” e a área de exercício profissional (<i>1ª FASE</i>)	108
Quadro 21	Distribuição da amostra segundo o género e diagnóstico clínico que constituiu motivo de “entrada na reforma” (<i>1ª FASE</i>)	108
Quadro 22	Distribuição da amostra segundo a área profissional exercida e o diagnóstico clínico que constituiu motivo de “entrada na reforma” (<i>1ª FASE</i>)	109
Quadro 23	Teste de aderência à normalidade aplicado à escala “Vivências adoptadas após a entrada na reforma” (<i>1ª FASE</i>)	115
Quadro 24	Evolução da percepção das vivências adoptadas após a “entrada na reforma” em função do género (<i>1ª FASE</i>)	117

	Pág.	
Quadro 25	Associação entre variáveis sócio-demográficas e a percepção da vivência de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	119
Quadro 26	Associação entre a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” e a área de exercício profissional (1ª FASE)	120
Quadro 27	Associação entre a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” e o tempo de “entrada na reforma” (1ª FASE)	121
Quadro 28	Associação entre as actividades frequentadas no local de trabalho e a percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	121
Quadro 29	Associação entre a frequência de actividades fora do local de trabalho e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	122
Quadro 30	Associação entre o motivo de “entrada na reforma” e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	122
Quadro 31	Associação entre a satisfação com o trabalho e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	123
Quadro 32	Associação entre a satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	123
Quadro 33	Associação entre as fontes de apoio e a percepção de alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” (1ª FASE)	131
Quadro 34	Evolução do comportamento de vigilância de saúde em função do género (1ª FASE)	132
Quadro 35	Evolução do diagnóstico de doença crónica em função do género (1ª FASE)	132
Quadro 36	Distribuição dos diagnósticos de doença crónica, antes e após a “entrada na reforma”, em função do género (1ª FASE)	133
Quadro 37	Classificação do comportamento alimentar diário, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	134
Quadro 38	Variação do comportamento alimentar em função do género (1ª FASE)	136
Quadro 39	Distribuição da amostra segundo a frequência e regularidade da prática de exercício físico e o género, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	137
Quadro 40	Distribuição da amostra segundo o género e a modalidade de exercício físico realizada, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	138
Quadro 41	Evolução do comportamento tabágico em função do género (1ª FASE)	139
Quadro 42	Variação da quantidade de cigarros consumidos em função do género (1ª FASE)	140
Quadro 43	Evolução do comportamento de auto-medicação em função do género (1ª FASE)	140
Quadro 44	Distribuição da amostra segundo o IMC e o género, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE)	141
Quadro 45	Evolução do IMC em função do género (1ª FASE)	141
Quadro 46	Síntese de resultados da 1ª FASE	142
Quadro 47	Síntese de resultados da 2ª FASE	280

INTRODUÇÃO

O *envelhecimento* traduz uma realidade do processo de desenvolvimento humano, cujo percurso se torna inevitável. Ainda que ao longo dos últimos anos se tenha realizado um significativo investimento científico neste domínio, o acto de envelhecer continua a ser conotado de forma pouco auspiciosa e, não raras vezes, até mesmo com um certo cariz de negativismo. Na verdade, quando se está inserido numa sociedade em que os ícones de referência se identificam com a juventude, com a beleza, com a autonomia, com o *status*, com o poder económico e com tantos outros que durante o envelhecimento se vão desvanecendo, não será difícil perceber a origem da construção de um estigma desta natureza. Mais, ainda, quando alguns dos efeitos biofisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos associados a este processo se tornam evidentes e, até ao momento, de difícil modificação.

Mas, ainda que dominante na nossa cultura, esta representação social do envelhecimento tende a modificar-se, e um dos mais evidentes contributos para que esta mudança de paradigma se esteja a verificar é, sem dúvida, o crescente envelhecimento populacional observado nas últimas décadas. Quando no Eurostat Yearbook (2009) é dado a saber que os indivíduos com mais de 65 anos representavam em 2008 mais de 17,1% do total populacional europeu e que se estima que em 2060 venham a constituir mais de 30% da mesma, tais estatísticas são bem ilustrativas do espaço que esta faixa etária tende a ocupar nas sociedades do futuro. E, se a este quadro se acrescentar o facto de que a esperança média de vida tende igualmente a aumentar [os indivíduos com mais de 80 anos que em 2008 representavam 4,4%, aumentarão para 12,1% (*ibidem*)]; percebe-se, então, que seremos cada vez mais envelhecidos e que esse fenómeno torna imperiosa a existência de uma construção de mudança de significados e representações associados ao envelhecimento.

Em Portugal, o fenómeno de envelhecimento populacional acompanha as tendências europeias e, pela problemática que envolve, está cada vez mais presente nos assuntos que constituem a ordem do dia. Pelas elevadas taxas de morbilidade e pelos níveis de dependência, a que dão origem, este quadro de saúde pública não se pode desagregar do exponencial aumento de encargos económico-sociais a que habitualmente se encontra associado.

Com efeito, num quadro epidemiológico no qual se vive cada vez mais tempo e em que esse “mais tempo” se repercute invariavelmente em dificuldades acrescidas de vivência, o efectivo investimento em medidas que promovam um *envelhecimento activo* torna-se cada vez mais premente, não apenas com vista à maximização da qualidade de vida dos envelhecidos, mas, também, preconizando a sustentável evolução da sociedade que os acolhe.

Conforme é do domínio geral, a referida qualidade de vida passa pela preservação do estado de saúde dos indivíduos e esta, necessariamente, pelo equilíbrio de toda uma constelação de factores e sistemas que nela interferem, como sejam a família, o trabalho, a sociedade e as relações de interacção que entre os mesmos se estabelecem. Admitindo, ainda, que é resultante desta interacção e das evidências que se foram constituindo significativas, que os indivíduos vão adoptando as atitudes e os comportamentos conducentes àquela que é a construção do seu projecto de saúde individual, considera-se, então, que o estudo do envelhecimento deve contemplar um profícuo conhecimento da forma como estes processos interaccionais se desenvolvem, em determinadas fases do ciclo vital.

Todavia, porque um envelhecimento de qualidade, “bem-sucedido” (Baltes e Baltes, 1990) ou activo, deve ser promovido num tempo anterior àquele em que se faz manifestar, reconhece-se que o investimento neste domínio deverá ser efectuado numa fase antecedente à que se identifica com a de idoso.

Ainda que se trate de um estadio do desenvolvimento humano sobre o qual persiste alguma indefinição conceptual mas, que se aceita como sendo o espaço de vida que se encontra compreendido entre a condição de adulto e de idoso (Bee, 1997; Lanhman; 2001; Fonseca, 2004a; Ribeiro, 2005); a *meia-idade* é, efectivamente, o período do ciclo vital no qual o investimento em termos de promoção de um envelhecimento activo deverá incidir. Assim, porque este período de vida é fortemente marcado pela vivência de múltiplas experiências de transição (Fonseca, 2004a; Schumacher e Meleis, 1999) que poderão colocar em risco o desenvolvimento deste processo, considera-se pertinente, igualmente, estudar os efeitos que os acontecimentos de vida transicionais poderão exercer no envelhecimento humano.

Nesta perspectiva, a *aposentação* é indubitavelmente um dos acontecimentos de vida que maior relevância toma nesta fase do ciclo vital. Podendo ser entendida como um evento [quando associada à descrição de um acontecimento de vida que marca uma etapa do ciclo vital, a partir da qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferentes (Belsky, 2001)], como um *status* [quando associada à aquisição de um novo estatuto social (Fernández-Ballesteros, 2004)] ou, ainda, como um processo [por constituir um “...acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se reflectem em termos desenvolvimentais” (Fonseca, 2004: 361)]; a interferência que este acontecimento de vida exerce nos indivíduos é quase sempre notória e pelas repercussões que poderá ter no equilíbrio do seu estado de saúde, torna acrescida a possibilidade de poder colocar em risco o processo de envelhecimento activo que os mesmos possam vir a experimentar.

Ciente de que a promoção e preservação do estado de saúde dos indivíduos, das famílias e comunidades se torna essencial para aquela que deverá ser uma sociedade desenvolvida e precursora da construção de percursos de saúde sustentáveis, a *Enfermagem* poderá, então, desempenhar um importante papel neste quadro.

Quando, “na procura permanente da excelência no exercício profissional, ajudam os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde: [...] i) pela identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; ii) pela criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis; iii) pela promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; iv) pelo fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” (Ordem dos Enfermeiros, 2001: 12), estes profissionais de saúde são, seguramente, dos que mais habilitados se encontram para ajudar os indivíduos e suas famílias nos seus processos de envelhecimento e particularmente para os efeitos que a transição iniciada pela aposentação, lhes possa vir a suscitar.

Contudo, porque se reconhece que a sua intervenção neste domínio ainda é bastante exígua e que carece de orientações para promover uma efectiva e eficiente intervenção no estado de saúde destes indivíduos, considera-se premente que se estude a forma de melhorar esta prática de cuidados.

Foi neste contexto que surgiu a inquietação desta investigação; partindo da constatação da inexistência de um programa de saúde dirigido aos indivíduos na meia-idade, da escassa vigilância de saúde que durante esta fase do ciclo vital se faz operar e da consciência de que a promoção de um envelhecimento activo deverá passar por uma vivência de transição para a aposentação “bem-sucedida”.

Com efeito, ainda que existam vários documentos que orientam para a promoção de um envelhecimento activo, quando consultados, são muito sucintas ou mesmo inexistentes as referências à intervenção que deverá ser dirigida aos indivíduos e às famílias de meia-idade. Parece, então, estar esquecido que é nesta fase do ciclo vital que se desenvolvem atitudes e comportamentos conducentes ao sedentarismo, ao consumo abusivo, ao stress e a outras perturbações do foro psico-emocional (ex. depressão, ansiedade) que poderão colocar em causa toda a vivência de um envelhecimento que se preconiza activo.

A justificação da realização deste estudo vem, então, no sentido de colmatar esta lacuna de conhecimento e intervenção em saúde no domínio da Enfermagem.

De forma a conseguir tal desígnio, o objecto desta investigação consiste no estudo das *percepções dos indivíduos e das suas famílias relativamente às suas vivências, durante o período de transição na “entrada na reforma”*. O seu desenvolvimento baseia-se nos seguintes pressupostos:

- Os indivíduos, as famílias, a comunidade e o meio em que se encontram inseridos, constituem sistemas alvo da intervenção da Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001);
- Ao longo do seu ciclo vital, os sistemas interagem e encontram-se em constante desenvolvimento, cujo equilíbrio é conseguido por um contínuo processo de homeostasia (Maturana e Varela, 1992);
- O processo de desenvolvimento constitui uma forma evolutiva da existência humana que, assumindo um carácter ecológico, pressupõe a existência e contínua interacção entre microssistemas, mesossistemas, exossistemas, macrossistemas e cronossistemas (Bronfenbrenner, 1979);

- Os fenómenos de transição encerram, em si mesmo, a noção dinâmica e evolutiva que acompanha o desenvolvimento humano e advêm de acontecimentos de vida que suscitam situações de stress e que originam novos padrões de vida, exigindo a implementação de esforços adaptativos de maior ou menor grau de dificuldade (Fonseca, 2005; Meleis *et al*, 2000);
- A “entrada na reforma” constitui um acontecimento de vida singular no ciclo vital que origina a vivencia de fenómenos de transição, não apenas nos indivíduos que o protagonizam, mas também nos diversos sistemas envolventes, entre os quais se destaca a família (Hanson, 2005);
- A vivencia da “entrada na reforma” ocorre geralmente numa fase do ciclo vital que se situa num período final da meia-idade e o seu desenvolvimento poderá repercutir-se no estado de saúde dos indivíduos (Atchley, 1996; Veríssimo, 2008);
- O período de adaptação ao processo de transição que é originado pela “entrada na reforma” é variável; contudo, considera-se que um período de tempo inferior a cinco anos será o necessário e suficiente para que os indivíduos e as suas famílias encontrem estratégias de adaptação ao referido processo (Fonseca, 2004a).

Baseado nas anteriores premissas, a consecução deste estudo tem por finalidade:

Construir um conhecimento substantivo e convergente no domínio da Enfermagem no sentido de fundamentar as orientações e estratégias de intervenção que promovam a saúde dos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”.

Pretendendo aceder ao referido conhecimento, os objectivos deste estudo são:

- Conhecer as vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”;
- Identificar factores influenciadores da vivencia do processo de transição originado pela “entrada na reforma”;

- Avaliar o impacto do processo de transição, originado pela “entrada na reforma”, na evolução do estado de saúde dos indivíduos.

O estudo empírico desenvolve-se em duas fases de investigação. A primeira fase é suportada no paradigma de investigação quantitativa, no qual foi aplicado um questionário a uma amostra de 432 indivíduos, aposentados há menos de cinco anos. A segunda fase é orientada por uma metodologia construtivista (interaccionismo simbólico / investigação narrativa) em que se utilizou a entrevista como técnica de recolha de informação, junto de 14 famílias.

Estruturalmente, a tese que a seguir se apresenta está dividida em 3 partes. Na primeira parte, procede-se à contextualização teórica do domínio de estudo. Na segunda, descreve-se a metodologia e os resultados das duas fases do estudo empírico. Na terceira, sustentado nas principais evidências empíricas encontradas, apresentam-se as orientações e estratégias de intervenção para o desenvolvimento de uma prática de cuidados promotora da saúde dos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”.

Finaliza-se este relatório sistematizando as principais evidências empíricas, fazendo referência às principais limitações e dificuldades encontradas no percurso desta investigação, bem como apresentando algumas sugestões de mudança futura nos vários campos de intervenção em Enfermagem.

PARTE I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO DOMÍNIO DO CONHECIMENTO

CAP. I – ENVELHECIMENTO E IDADE ADULTA

1. ENVELHECIMENTO: UM PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

Frequente na linguagem corrente, o vocábulo “desenvolvimento” é habitualmente empregue para ilustrar concepções de evolução, mudança, maturidade, continuidade e muitas outras, tais como a de desenvolvimento, propriamente dito. Numa primeira abordagem, este discurso poderá parecer um pouco confuso mas, conforme se demonstrará em seguida, ele é passível de algum esclarecimento.

Questiona-se, então:

O que significa “desenvolvimento”?

Muito poderá ser dito acerca deste conceito. Porém, considera-se que existem duas noções fulcrais que estão na base da sua essência e que neste âmbito deverão ser salientadas: a noção de continuidade evolutiva e a noção de abrangência sistémica.

Conceito de
Desenvolvimento
Humano

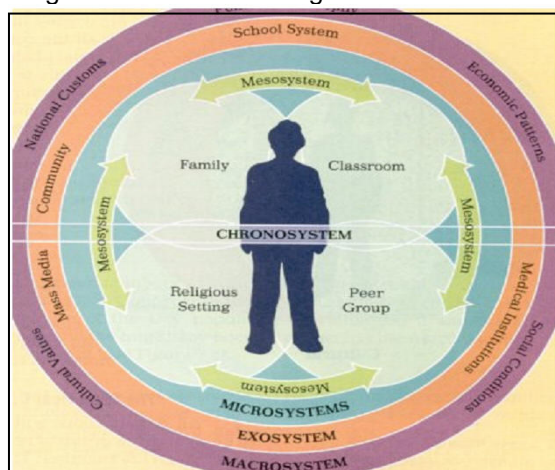
Quanto à primeira, uma das noções *major* que lhe são intrínsecas, revela a propriedade de um *continuum* no percurso que evolutivamente se vai superando e que faz de si um conceito não-estático. Desta forma, compreende-se a razão pela qual alguns teóricos [Sigmund Freud (1856-1939), Jean Piaget (1896-1980), Erik Erikson (1904-1994)], no decorrer dos seus ensaios, tenham atribuído a este fenómeno diversos estadios. Nesta mesma linha de pensamento, de uma sucessiva evolução de estadios, faz igualmente sentido que determinadas mudanças tenham a sua génese em fenómenos de *imprinting*¹, os quais, segundo a teoria de Konrad Lorenz (1903-1989), se manifestam em períodos críticos da vivência humana. Mais recentemente, este mesmo discurso remete para a noção de “períodos de transição” (Meleis *et al*, 2000) que ocorrem em situações de crise do ciclo de vida dos indivíduos e que também caracterizam o desenvolvimento humano.

¹ *Imprinting* – tipo de aprendizagem decorrente da interação de factores genéticos e ambientais no comportamento, que é inato e específico na espécie.

Relativamente à noção de abrangência, pode-se desde já afirmar que a resposta a esta questão depende do contexto em que a designação “desenvolvimento” é utilizada. Nesse mesmo contexto, consoante o domínio em que é abordado, poderá ser alvo de diferentes significações. Haanften, Kouthals e Wren (1997:13) são esclarecedores quando dizem: “(People) develop, and we may distinguish their intellectual, social, moral, political, religious, aesthetic, and other kinds of development”. A idêntica opinião tinham já chegado alguns desenvolvimentalistas quando, em estudos empíricos realizados no passado, preanunciavam que seria difícil efectuar a disjunção entre os diferentes campos de análise do processo de desenvolvimento [por exemplo: Lev Vygotsky (1896-1934) apresentou a teoria sociocultural do desenvolvimento cognitivo, Henri Wallon (1879-1962) defendeu não ser possível dissociar o biológico do social.

No final da década de setenta, inspirado no interaccionismo de Kurt Lewin, Urie Bronfenbrenner (1917-...) revitaliza esta teoria quando alerta para a necessidade de se estar atento à diversidade que caracteriza o Homem, nomeadamente, para a complexidade dos seus processos psicológicos, para a sua participação dinâmica nos ambientes, para as suas características pessoais e para a sua construção histórico-sócio-cultural. Autor do *Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano* (Bronfenbrenner, 1979), numa primeira fase apresentou-o à comunidade científica como um sistema de estruturas agrupadas, interdependentes e dinâmicas, no qual indivíduo, processo, contexto e tempo, interagem em quatro esferas sistémicas: Microssistema, Mesossistema, Exossistema e Macrossistema (Figura 1).

Figura 1 – Modelo ecológico do desenvolvimento humano



Fonte: Urie Bronfenbrenner, 1979.

O Microsistema, mais direccionado para o sistema individual (descrito como “*life-space*”, na teoria de Lewin), contempla a dimensão cognitiva (que compreende as estruturas, esquemas cognitivos, formas de perceber e de conceptualizar, resultantes de um processo de construção de significados que lhe são próprios), a dimensão comportamental (referente ao conjunto de comportamentos que caracterizam a sua acção), a dimensão psico-dinâmica (que caracteriza a actividade intra-psíquica manifesta pelas emoções, ansiedades, conflitos e outras manifestações do seu inconsciente) e a dimensão interaccional (referente a tudo o que se reporta ao seu contacto com o exterior). Desta forma, está relacionado “*com o complexo de actividades, papéis e relações existentes entre o sujeito e o seu ambiente, experienciados ou vivenciados num contexto imediato (...). O lar, a escola, o infantário, o local de trabalho, ... são exemplos de contextos onde os indivíduos estabelecem determinadas relações interpessoais e onde desempenham determinadas actividades e papéis (ex. filho, aluno, pai, professor, empregado, ...) durante um certo período de tempo*” (Portugal, 1992: 38). O Mesossistema, considerado como um sistema de microsistemas, compreende as inter relações ocorridas entre os contextos nos quais o indivíduo participa activamente (ex. família, trabalho, grupos sociais) (Bronfenbrenner, 2002). O Exossistema reporta-se a um ou mais contextos que afectam directa ou indirectamente as vivências dos indivíduos, ainda que este não tenha uma participação activa junto do mesmo, como por exemplo: o emprego do cônjuge, o leque de amigos, a acessibilidade aos serviços de saúde (Bronfenbrenner, 2002). No que se refere ao Macrossistema, a abrangência que lhe é imputada leva a conotá-lo como um “*sistema de valores, crenças, maneiras de ser ou de fazer, estilos de vida característicos de uma determinada sociedade, cultura ou sub-cultura, veiculados ao nível dos subsistemas (Exo, Meso e Microsistema)*” (Portugal, 1992: 39).

Mais tarde, introduz a noção de Cronossistema, atribuindo-lhe o espaço de ocorrência de determinados acontecimentos e transições que se podem manifestar no decorrer do ciclo de vida e que são habitualmente resultantes da evolução temporal e da ocorrência de períodos críticos do desenvolvimento dos indivíduos (ex. a “*entrada na reforma*” que está na base da ocorrência de fenómenos de desenvolvimento de carácter normativo e não-normativo) (Papalia e Olds, 2000).

A perspectiva ecológica, permite assim entender o desenvolvimento humano como “*o conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do*

ambiente interagem para produzir uma constante mudança nas suas características e no seu curso da vida" (Bronfenbrenner, 1989:191). A expressão "constante mudança", proferida pelo autor, é igualmente defendida por Baltes (1987: 616), na afirmação "development at all points of the life course is a joint expression of features of growth (gain) and decline (loss). It is assumed that any developmental progression displays at the same time new adaptive capacity as well as the loss of previously existing capacity".

Pode-se, então, assumir que o desenvolvimento humano é um fenómeno (Baltes, 1987; Clark-Stewart, Perlmutter e Friedman, 1998; Fonseca, 2005; Vandenplas-Holper, 2000):

Características do
Desenvolvimento
Humano

- Contínuo, porque não se confina à infância e adolescência mas ocorre durante todo o ciclo vital do indivíduo;
- Cumulativo, porque constitui uma construção alicerçada num substrato sempre preexistente;
- Direcção, porque apresenta um trajecto orientado no sentido de uma maior complexidade, em todas dimensões que o constituem;
- Multidireccional, porque não se cinge a um único sentido mas a diversos que concorrem para o desenvolvimento global;
- Diferenciador, porque não existem percursos idênticos e como tal a diferenciação entre os indivíduos vai sendo cada vez maior;
- Dialéctico, porque indivíduo e contexto são mutuamente influenciados em termos de desenvolvimento;
- Organizado, porque apesar da diferenciação que o envolve existem factores que em certa medida o orientam;
- Oscilante, porque em todos os momentos da vida humana ele é expressão de crescimento (ganhos) e declínio (perdas);
- Plástico, porque ao longo da vida o mesmo indivíduo poderá demonstrar uma grande variabilidade intra-individual;
- Multidimensional, porque resulta da interacção das diversas dimensões que estão na base da sua existência, de que são exemplo os biofisiológicos, cognitivos, psicossociais, culturais e muitos outros;
- Sistemático, porque ocorre gradualmente e de forma sistematizada pressupondo a acumulação de fenómenos de transição;
- Progressivo, porque uma vez atingido pode ser alterado mas nunca passível de retrocesso.

Resta ainda acrescentar que *“O desenvolvimento humano é o estudo científico dos modos qualitativos e quantitativos nos quais as pessoas mudam ou não no decorrer do tempo. A mudança qualitativa é marcada pelo aparecimento de novos fenómenos que não podem ser previstos através do funcionamento anterior.”* (Papalia e Olds, 2000:52) e, a esta mudança, é frequentemente associada a ideia de envelhecimento biológico, enquanto que *“a mudança quantitativa é uma mudança em número ou quantidade”* (Papalia e Olds, 2000:25), habitualmente associada ao envelhecimento cronológico. Talvez seja esta uma das premissas que faz com que, em determinada altura do fluir deste discurso, se depare com alguma dificuldade em diferenciar desenvolvimento de envelhecimento, até mesmo porque se assume que *“Envelhecimento e desenvolvimento são conjuntos de fenómenos dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica ou psicológica, em função do tempo”* (Fontaine, 2000:XIV).

Mas, este obstáculo fica de certa forma ultrapassado se tivermos em linha de conta que *“O envelhecimento é encarado como parte do desenvolvimento e é visto como “resultado” da interação dinâmica, que se estabelece e que é patente ao longo de todo o ciclo de vida, entre um indivíduo intencionalmente activo e uma série de contextos de existência que se encontram em permanente transformação”* (Fonseca, 2004a: 9). Nesta perspectiva, o envelhecimento não poderá ser assumido como sinónimo de desenvolvimento mas, sim, como uma dimensão que o acompanha em todo o seu percurso evolutivo e, muito menos ainda, como exclusivo do final da vida; uma vez que vai ocorrendo muito antes de se alcançar este estadió [*“O envelhecimento é uma extensão lógica dos processos fisiológicos do crescimento e desenvolvimento, começando com o nascimento e terminando na morte”*]. (Spiriduso, 2005:6)]. Permite, ainda, reforçar esta afirmação, o prévio conhecimento dos vários factores intervenientes neste processo, que conforme sugere Fonseca (2004b), é do *“resultado” da interação dinâmica*, entre esses mesmos factores, que se subentende a existência de diferentes construções, percursos e vivências de envelhecimento.

Esta variabilidade inter-individual leva a que se sentisse a necessidade de saber mais sobre o envelhecimento, não apenas para determinar as suas causas, mas, também, para avaliar a necessidade de interferir, retardar ou deter o mesmo (Fontaine, 2000). E, neste sentido, as longínquas referências existentes ajudam a perceber que este fenómeno nunca tomou uma

Desenvolvimento
Humano
versus
Envelhecimento
Humano

perspectiva homogénea nem, ao longo das épocas nem, nas diferentes sociedades em que foi vivido (Referência 1).

Envelhecimento
numa perspectiva
antropológica

Referência 1 – Envelhecimento numa perspectiva antropológica

Se nas comunidades nómadas, os indivíduos de mais idade eram respeitados e tidos como mágicos, nas comunidades ditas sedentárias, por serem possuidores de menor força de trabalho, a condição social dos mais velhos era remetida para segundo plano. Todavia, e porque a longevidade nesta época era muito restrita, ser velho nestas sociedades significava ser dotado, “sobrenatural” ou até mesmo algo sagrado, dada a sabedoria e a experiência que frequentemente a acompanhavam.

Em Esparta, o senado era composto pelos mais velhos, o que significava serem estes os detentores do poder da Grécia Antiga. Idêntica perspectiva era adoptada na Roma Antiga; aos mais velhos era atribuída a experiência e a sabedoria que se manifestava conselheira.

A queda do Império Romano e as invasões que se sucederam, vieram fazer da Idade Média um ponto de viragem. A sabedoria e experiência, anteriormente enaltecidas, passaram a dar lugar à força física e à arte militar, na altura tão necessárias. Morrer em combate era manifestação máxima do exercício de poder; sendo por isso bastante respeitada.

Na Idade Média, a longevidade era muito superior nos mais ricos porque tinham mais fácil acesso à alimentação, os seus guerreiros protegiam-nos e a medicina, mesmo de uma forma muito incipiente, só era consumida por este estrato social. É perceptível, mas muito pouco relevante, a presença de indivíduos velhos na pintura e escultura da época.

O Renascentismo (séc. XVI-XVII) continuou a ser um violento ataque à velhice. A adoração e o culto à beleza, a força e a juventude, relegava os velhos a um lugar subalterno.

Entre os séc. XVII e XVIII, a sociedade evoluiu significativamente, mas a prevalência de um pensamento ambivalente persistia em relação a velhice. Um factor que contribuiu para esta viragem de mentalidade terá sido, decerto, o aumento verificado no número de indivíduos que tinham mais de 35 anos.

No início do séc. XIX, Goethe, um dos mais notáveis romancistas, dramaturgos e filósofos da época, escreve a obra intitulada *Fausto*, que retrata o homem contemporâneo na luta contra o envelhecimento. O sucesso desta obra, que ainda hoje se faz manifestar, foi de tal forma notável que constituiu o mote para o surgimento de muitas outras obras escritas na área do envelhecimento. Mas este enfoque pouco passava do plano literário.

A Revolução Industrial, que na época começava a fazer a sua expansão pela Europa, foi mais um duro golpe para os indivíduos de maior idade. Até então detentores da arte e engenho da produção artesanal, vêem agora o seu conhecimento substituído pela evolução tecnológica e pela produção em série, que se tornava economicamente tão aliciante. As classes burguesas, socialmente fortalecidas por este movimento, pouco ou nada se preocupavam com esta faixa etária, porque, em linha de montagem, os mais jovens conseguiam maior produtividade. Sendo a vida praticamente toda dedicada ao trabalho, quando se tornavam improdutivos e/ou dependentes, os idosos eram dados ao abandono pela família, porque nem filhos nem netos tinham tempo para cuidar deles.

Só alguns anos mais tarde, mediante a constatação do custo da velhice para a sociedade e

para a indústria, é que se começaram a esboçar os primeiros estudos nesta área.

No século XX, a evolução sóciodemográfica, traduzida por um fenómeno de envelhecimento populacional, repercute-se em profundas alterações para a organização social e para as políticas de saúde.

O reconhecimento de se estar perante um fenómeno que assumia uma área muito própria de estudo científico, foi determinante para alguma mudança e para a génese de uma perspectiva mais visionária de envelhecimento.

No presente século, envelhecer continua a ser um fenómeno muito desigual, até numa mesma sociedade. Variadíssimas razões estão na base desta problemática. Uma delas atribui-se ao facto da população continuar a envelhecer de uma forma “aceleradíssima” (Referência 2). Outra está relacionada com o facto de todos os intervenientes (indivíduos, famílias, grupos e sociedades) continuarem a não estar preparados para dar uma resposta efectiva a este fenómeno.

Referência 2 – Envelhecimento numa perspectiva demográfica

Na actualidade, cerca de 600 milhões de pessoas ultrapassaram os 65 anos de idade; representando cerca de 10% dos mais de 6 mil milhões de habitantes terrestres. Em 2050, estima-se que serão 1.1 biliões (National Institute on Aging, 2007). Na Europa, a preocupação com estas alterações demográficas e com o envelhecimento da população, têm sido uma constante. O documento *Healthy ageing, a keystone for a sustainable Europe* (European Commission, 2007:3), alerta para a necessidade de promover uma política de saúde sustentável e considera que *“A healthy population is the keystone for economic growth and prosperity in Europe for at least two clear reasons; it will limit strain on health and social care systems and it will allow people to remain active in society longer”*.

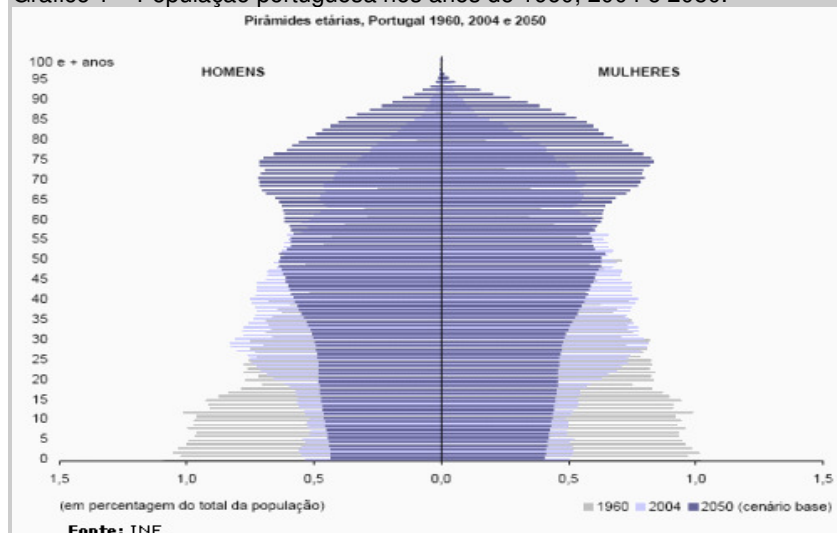
Portugal não é excepção a este panorama, já que a proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos: passando de 8% (1960), para 11% (1981), para 14% (1991) e para 16% em 2001 (INE, 2004). Ainda segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2008), verificou-se que entre 2002 e 2007, e relativamente ao total da população, o número de pessoas com 65 e mais anos de idade aumentou na proporção de 16,7% para 17,4%, estimando-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando, em 2050, 32% do total da população, o equivalente a 3 milhões de idosos.

Simultaneamente, a proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) reduziu-se de 16,0% para 15,3%, entre 2002 e 2007, e a conjugação de ambas as tendências consubstancia-se num duplo envelhecimento (aumento da proporção de idosos acompanhado pelo declínio da proporção de jovens com menos de 15 anos), comprometendo a relação de substituição (capacidade das gerações mais novas substituírem as mais velhas). Este processo de envelhecimento demográfico quer na base da pirâmide etária (realçado pelo estreitamento que traduz a redução dos efectivos populacionais jovens, como resultado da baixa de natalidade);

Envelhecimento
numa perspectiva
demográfica

quer no topo da pirâmide (pelo alargamento que corresponde ao acréscimo das pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida), está evidenciado na alteração do perfil que as pirâmides etárias apresentam nos anos de 1960, 2004 e 2050 (Gráfico 1).

Gráfico 1 – População portuguesa nos anos de 1960, 2004 e 2050.



No nosso país, o aumento da esperança de vida tem ultrapassado muitas das expectativas e dos cenários anteriormente traçados. Esta evolução decorreu não apenas da melhoria dos cuidados de saúde (no acesso aos cuidados, na evolução do conhecimento médico e das técnicas de diagnóstico e no desenvolvimento da indústria farmacêutica), mas também do desenvolvimento económico e social (Fernandes, 2007).

Mantendo a tendência observada nas últimas décadas, a população portuguesa continuará a envelhecer (INE, 2008). A proporção de jovens dos 0 aos 14 anos de idade poderá vir a decrescer até cerca de 13% do total de efectivos, face aos valores em 2007, em oposição ao que se poderá verificar relativamente à percentagem de idosos, que continuará a aumentar até aos 32%, valor que quase duplica face aos 17,4% observados actualmente. A conjugação de ambas as tendências explica o aumento do índice de envelhecimento, que poderá atingir em meados do séc. XXI, neste cenário, os 243 idosos por cada 100 jovens, valor em muito superior ao actual.

Ao longo dos vários anos de investigação, diferentes teorias foram emergindo numa tentativa de melhor compreender o processo de envelhecimento. Algumas das consideradas como referência no estudo deste processo, são:

No domínio da Biologia

- *Teorias fundamentadas em modificações com a idade*, que afirmam que envelhecimento é decorrente da gradual diminuição de funcionamento do cérebro, glândulas endócrinas e do sistema imunológico, de que são exemplo a teoria do desgaste [apud Cabrillo e Cachafeiro (1990)], a teoria das mutações somáticas

(Schimke *et al*, 1986), a teoria imunitária da senescência de Burnet e outras teorias fundadas na acumulação progressiva de modificações degenerativas nos órgãos ou do desequilíbrio gradual;

- *Teorias fundamentadas no dano ou lesão*, que atribuem o envelhecimento à acção de agentes exteriores ou interiores ao organismo, podendo desencadear a sua degenerescência (ex. teoria dos radicais livres de Harmom (1956), teoria da restrição calórica de Austad e Fischer (1991) e outras que afectam as reacções químicas que ocorrem no organismo e que, com o tempo, começam a produzir efeitos nefastos e irreversíveis nas células);
- *Teorias de programação genética*, fundadas na continuidade dos mecanismos do desenvolvimento e diferenciação, através da maturação e do envelhecimento, que defendem que o processo de envelhecimento é determinado pelos genes e ocorre desde o nascimento até à morte [ex. acontecimentos que são “*geneticamente programados e pré-determinados no genoma, com o fenotipo dominante*” (Hayflic *apud* Pinto, 2001:19)];
- *Teorias evolucionistas*, que tendem a propor uma explicação para a grande diversidade dos tempos máximos de vida das espécies, de algumas horas a mais de um século, aparecidas no decurso da evolução;
- *Teorias específicas dos tecidos*, que atribuem a primazia das modificações de certos tecidos ou de certas células com a idade [ex. teoria das telomerasas (Pinto, 2001), teoria do equívoco ou do erro catastrófico de Orgel (1963)];
- *Teorias matemáticas ou físico-matemáticas*, que são fundamentadas em cinéticas de mortalidade (ex. o efeito das radiações) e que estudam igualmente os aspectos cibernéticos do envelhecimento;
- *Teorias unificadas*, que agrupam vários aspectos das teorias antecedentes, dificilmente verificáveis no plano experimental, e que se baseiam em considerações por vezes meramente especulativas.

No domínio da Psicologia

- *Teorias do desenvolvimento*, que apesar de não estarem particularmente centradas no envelhecimento, alguns autores focalizam este fenómeno como um *continuum* ao longo de todo o ciclo vital com particularidades específicas em determinadas etapas etárias (Erikson, 1950);
- *Teoria do “enfoque” no ciclo vital*, desta forma designada pelos seus autores (Neugarten e Baltes, 1987), por não considerarem o ciclo vital como uma teoria propriamente dita, assentando essa num conjunto de eventos e de papéis assumidos pelos indivíduos ao longo da vida que invariavelmente são precursoras de uma mudança de auto-conceito e de identidade;

- *Teoria da continuidade*, baseada no ciclo vital e na teoria da actividade, esta teoria defende a existência de um contínuo desenvolvimento do indivíduo, independentemente da sua sujeição a situações externas mais ou menos favoráveis (Maddox, 1963; Atcheley, 1999);
- *Teoria da crise*, com a qual se assume que o envelhecimento é um período repleto de transições cuja adaptação poderá originar momentos de crise (Erikson, 1963; Moos e Shafer, 1986; Schlossberg, 1981);
- *Teoria do envelhecimento bem sucedido*, que considera que o envelhecimento não tem de ser obrigatoriamente uma situação de regressão na vida humana mas sim um *continuum* de ganhos e de perdas que se vão sucessivamente equilibrando. Esta teoria recorre ainda ao modelo de SOC (*Selection, Optimization, Compensation*), como explicação básica do modelo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito e ao estudo das modalidades de regulação da identidade pessoal (Baltes, 1987).

No domínio da Sociologia

- *Teoria da desvinculação (Disengagement)* – assente numa plataforma interactiva, esta teoria defende que ao longo do processo de envelhecimento indivíduo e sociedade são sujeitos a um idêntico processo de desvinculação de carácter funcional. Esta desvinculação tem por objectivo preparar para o final da vida e para a renovação geracional (Cummings e Henry, 1961);
- *Teoria do desenvolvimento de tarefas ou Teoria da actividade* – compartilhada com algumas teorias biológicas, esta teoria defende que a manutenção da actividade (papéis, funções e tarefas) é determinante para manter um envelhecimento saudável. Corroborada em diversos estudos, ela tem estado na base da tomada de diversas decisões político-sociais que visam promover a actividade na velhice (Havighurst, 1953);
- *Teoria da sub-cultura* – assumindo a existência de determinados grupos que se isolam na sociedade (ex. jovens, idosos); pelas características muito próprias dos que apresentam mais idade, considera-se que a classe social e o género são potenciadores deste mesmo isolamento (Rose, 1965);
- *Teoria da modernização* – esta teoria remete para questões relacionadas com o estatuto, os papéis e as alterações sociais que ocorrem nas sociedades industrializadas e que, de forma inevitável, se fazem sentir e/ou manifestar nos indivíduos mais envelhecidos (Cowgill, 1986).

Outras teorias existem que não foram aqui apresentadas. Contudo, mais importante do que as enumerar, será transmitir a ideia de que todas elas são transversais e que, por esse facto, quando se estuda o envelhecimento humano, o domínio que o envolve é de tal forma abrangente e multidimensional, que se torna extremamente difícil de encontrar uma definição totalitária. A problemática que envolve esta tarefa começa logo pela questão temporal, uma vez que está longe de ser consensual a determinação de quando, onde e como se inicia o envelhecimento. Alguns autores defendem que o envelhecimento começa logo na fase de concepção, outros advogam que este processo tem início entre a segunda a terceira décadas de vida e outros, ainda, sustentam que o envelhecimento ocorre nas fases mais avançadas da vida.

Qualquer uma destas teorias terá o seu fundamento. Porém, desde já se coloca em causa o facto de se associar o envelhecimento a uma mera associação cronológica, dado que *“ninguém se deitou ontem adulto e acorda hoje idoso”*; só porque faz 65 anos. Esta cronologia, que não é mais do que uma mera construção abstracta e normativa, ajuda a organizar as sociedades mas não é de todo condição na qual se deverá rever o fenómeno de envelhecimento. Para tal, para além da idade cronológica, ter-se-á de falar obrigatoriamente em *“outras idades”* (Fontaine, 2000), tais como:

- *Idade biológica* – que se relaciona com o envelhecimento orgânico e sistémico e que, genericamente, traduz a evolutiva diminuição de auto-regulação e adequação orgânica;
- *Idade psicológica* – que se relaciona com as competências comportamentais que o indivíduo consegue mobilizar em resposta às mudanças do ambiente;
- *Idade social* – que se refere ao papel, ao estatuto e aos hábitos da pessoa relativamente aos outros membros da sociedade, fortemente determinada pela cultura e pela história de um país.

A estas *“idades”* poder-se-ia ainda acrescentar a *idade ecológica*, que remete para os *settings* e/ou ambientes no qual o envelhecimento se desenvolve (Bronfenbrenner, 2002).

Contudo o que se torna importante destacar é que, da anterior constelação, resultam estados muito próprios e únicos de cada indivíduo envelhecer, que fazem entender que não é apenas o envelhecimento que faz o contexto mas é também o contexto que faz o envelhecimento. Isto porque, a par dos factores genéticos que determinam em grande medida este processo, não é igual envelhecer no feminino ou no masculino; sozinho ou no seio da família; casado, solteiro, viúvo ou divorciado; com filhos ou sem filhos; no meio urbano ou no meio rural; na faina do mar ou na intelectualidade das profissões culturais; no activo ou inactivo (Ministério da Saúde, 1998). Por outras palavras, o ritmo e a intensidade das alterações que acompanham o processo de envelhecimento dependem fortemente das características individuais (herança genética) mas, também dos factores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais, aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida. Por outro lado, em pleno processo de envelhecimento, torna-se igualmente difícil diferenciar o envelhecimento dito “normal” (senescência, eugeria ou envelhecimento primário), daquele que se desvia deste parâmetro (senilidade, patogeria ou envelhecimento secundário).

Como estes, numerosíssimos outros aspectos continuam a ser alvo de controvérsia nas várias disciplinas que se empenham no estudo do envelhecimento. Destacam-se, neste âmbito, a biomedicina, a psicologia, a sociologia, a antropologia e a gerontologia que, no sentido de convergência destas e de muitas outras teorias subsidiárias, *“têm por objecto de estudo todas as modificações morfológicas, fisiológicas, psicológicas e sociais consecutivas à acção do tempo no organismo (envelhecimento), independentemente de qualquer fenómeno patológico”* (Fontaine, 2000: XV).

Como se poderá, então, definir o envelhecimento?

De uma forma global e muito sucinta poder-se-á afirmar que o envelhecimento é um fenómeno compreendido no tempo que envolve quatro componentes (biológica, psicológica, social e ecológica), cuja representação difere consoante o contexto histórico e cultural no qual é analisado (Aiken, 1995; Belsky, 2001; Buendía, 1997; Firmino, 2006; Fonseca, 2004b; Fernández-Ballesteros, 2004; Papalia e Olds, 2000; Pinto *et al*, 2001).

Mas, contrariamente ao que poderá supor, a análise desta definição não é tão simples, assim. Assume-se esta dificuldade por dois motivos, em particular: o primeiro, porque quando se estuda o envelhecimento é extremamente difícil efectuar uma separação entre os diferentes domínios do objecto que é alvo de análise; o segundo, porque no próprio domínio que está a ser estudado, são também muitas vezes discutíveis alguns aspectos que envolvem este processo.

À luz da biologia, o envelhecimento traduz-se pela “... *incapacidade da grande maioria dos organismos para se manterem num estado funcional ou inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e se degradam*” (Ladislav, 1995:7), e cujo desenvolvimento se faz manifestar por “*um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais susceptível às agressões extrínsecas e intrínsecas que terminam por levá-lo à morte*” (Veríssimo, 2008:sp).

Envelhecimento
numa perspectiva
biofisiológica

Considerado como uma das áreas mais evidentes e observáveis deste fenómeno, entre muitos outros aspectos, ao envelhecimento biológico são frequentemente atribuídos o avançar da idade, as modificações físicas e do comportamento, o diagnóstico clínico de patologia e a proximidade da morte.

Relativamente à idade, esta parece não ser de todo o melhor atributo para caracterizar o envelhecimento. São diversas as razões adjacentes a esta afirmação, mas a que poderá elucidar melhor esta questão prende-se com o aspecto da idade biológica e da idade cronológica, já anteriormente proferida. Efectivamente, apesar de ambas se reportarem à idade, a reciprocidade não é idêntica. E porquê? Porque à primeira corresponde o aparecimento dos caracteres de degenerescência próprios da biofisiologia do envelhecimento (ex. aparecimento dos cabelos brancos, rugas, osteopatias, menopausa, andropausa e muitos outros), enquanto que à segunda, se encontram essencialmente associados os aspectos administrativos desse mesmo envelhecimento (ex. ser-se considerado idoso a partir dos 65 anos de idade). A evolução das ciências biomédicas e a mudança operada nos actuais contextos socioculturais fazem com que estas duas dimensões caracterizadoras se tornem muito falaciosas.

Assim se entende porque é que *“ao longo das últimas três décadas, (...), os investigadores foram compreendendo que as diferenças com a idade não equivalem a mudanças com a idade, ou – dito de outra forma – que a idade cronológica usada como variável independente não ajuda a explicar, ou fá-lo apenas parcialmente, o processo de envelhecimento”* (Schroots, Fernández-Ballesteros e Rudinger *apud* Fonseca, 2004b: 23).

No que diz respeito às modificações físicas e do comportamento, um pouco pelo que foi referido anteriormente, também esta caracterização poderá ser enganosa. Assumindo, fidedignamente, tal classificação, o que diriam então os indivíduos que apresentam o cabelo grisalho a partir dos trinta, os que apresentam lapsos de memória decorrente do stress laboral ou aqueles que, por motivo de acidente de trabalho, se reformam em idade precoce? Serão eles velhos? Em processo de envelhecimento, estarão todos certamente, porque a evolução degenerativa do corpo humano é uma realidade à qual, até aos nossos dias, ainda ninguém conseguiu escapar. No entanto, este processo não ocorre à mesma velocidade em todos os indivíduos uma vez que *“... são bem evidentes casos em que, independentemente de factores patológicos, se verifica um envelhecimento precoce e outros em que, pelo contrário, os anos parecem não deixar marcas”* (Veríssimo, 2006: 85).

A justificação para esta variabilidade não é de todo conhecida, mas é cientificamente aceite que alguns factores interferem de forma determinante neste processo. A genética é um exemplo, porém, não modificável; modificáveis são, nomeadamente, os erróneos comportamentos adoptados em saúde (de que são exemplo: os desequilíbrios alimentares, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, os hábitos tabágicos, o sedentarismo, a auto-medicação, o stress e muitos outros) e que, invariavelmente, são alvo de educação em saúde por parte dos profissionais desta área.

Remetendo a explanação destes aspectos para um ponto mais avançado deste texto (cf. 1.1. O ENVELHECIMENTO ACTIVO), inicia-se por expor aqueles que são os principais fenómenos anatómicos e biofisiológicos ocorridos nos indivíduos que estão a vivenciar um processo de envelhecimento. Sendo difícil descrever todos os estudos que nesta área se têm vindo a realizar, assume-se, deste já, que a exposição a seguir apresentada não será de todo

exaustiva, mas constituirá apenas uma breve síntese dos principais fenómenos que ocorrem nos indivíduos nesta fase do ciclo vital.

Assim sendo, numa perspectiva biomolecular, pode-se afirmar que todas as modificações ocorridas no processo de envelhecimento advêm primariamente das alterações verificadas a nível molecular (Santos, 2001) que, em segunda instância, se repercutem nas transformações ocorridas a nível celular (núcleo, citoplasma, membrana e outros dos seus componentes) e tecidual (colagénio e sistema elástico) (Grazina e Oliveira, 2001; Veríssimo, 2008). Subsequentes a todas estas alterações, as principais modificações anatómicas que ocorrem durante o envelhecimento são (Souza, 2005; Veríssimo, 2008):

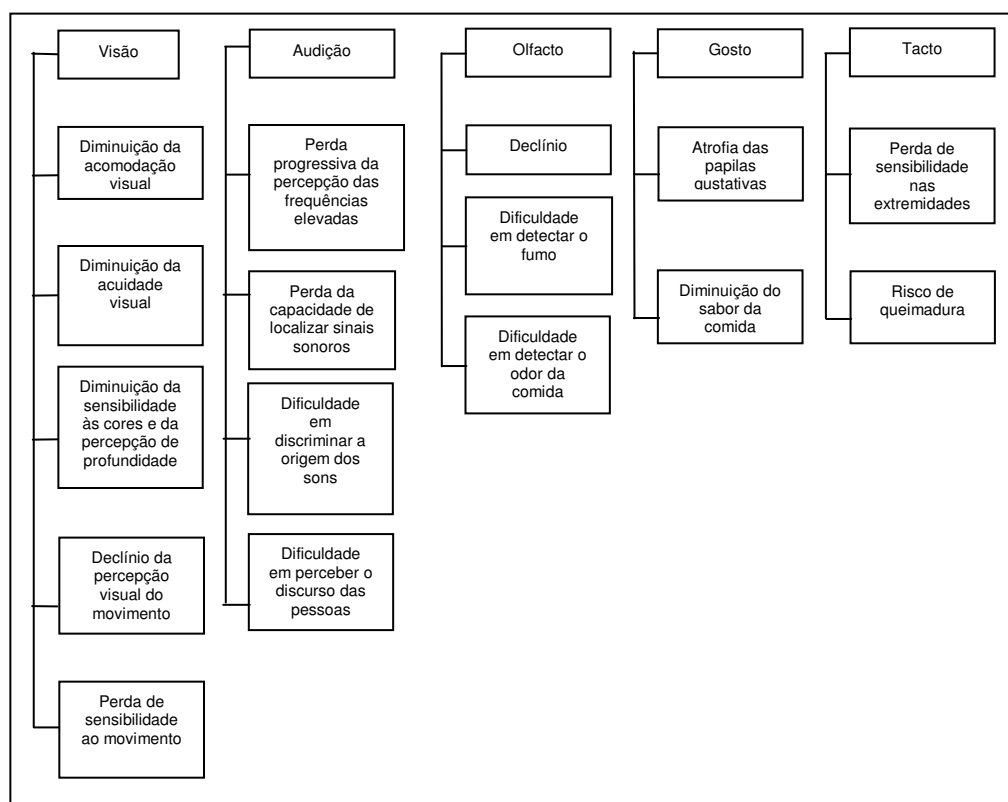
- A diminuição da estatura, decorrente da diminuição da curvatura dos pés, do aumento das curvaturas da coluna cervical e do abatimento dos espaços interdisciais;
- O aumento do tamanho da caixa torácica, do crânio, do nariz e das orelhas, resultante de inscrições genéticas, de transformações de síntese óssea e outras;
- O aumento do tecido adiposo, que se passa a depositar preferencialmente na região periabdominal e nos espaços anteriormente ocupados pelo parênquima dos órgãos;
- Os sinais de desidratação crónica, decorrentes da diminuição do teor de água total ocorrido essencialmente a nível intra-celular com conseqüente depleção dos níveis de potássio;
- A diminuição de massa muscular, resultante das alterações do X mitocondrial, da alteração do mecanismo de síntese proteica, da menor frequência de actividade física e outras;
- A alteração da pele e anexos, manifesta pela diminuição da espessura da pele e do tecido subcutâneo e pela diminuição das fibras colagénicas e elásticas, que vão originar o aparecimento das rugas, das manchas hiperpigmentadas, do edema da pálpebra inferior, do cabelo branco, da alopecia, da diminuição de toda a pilosidade corporal em geral (à excepção de algumas zonas, como por exemplo: os pelos do nariz, das orelhas e das sobrancelhas que no homem aumentam de tamanho e de quantidade).

A nível fisiológico, também os órgãos e sistemas envelhecem, mas a ritmos diferentes. Igualmente influenciados pelos diversos factores que interferem

neste processo, as marcas do envelhecimento destes órgãos e funções são essencialmente consequentes da “diminuição das células parênquimatosas, do aumento do tecido conjuntivo (fibrose ou esclerose) e do aumento dos grânulos de lipofusceína” (Veríssimo, 2008:sp). Decorrente destes fenómenos, assiste-se então ao:

- Envelhecimento dos sistemas sensoriais – manifesto por uma perda da visão, da audição, do olfacto, do gosto e do tacto (Figura 2);

Figura 2 – Alterações sensoriais ocorridas durante o processo de envelhecimento.



Adapt. Serra, 2006.

- Envelhecimento do sistema ósseo – expresso por uma diminuição do tecido compacto (essencialmente devida a uma reabsorção interna óssea), por uma perda do tecido esponjoso (mais precoce e maior do que a do compacto, esta perda origina a formação de cavidades maiores entre as trabéculas ósseas nas regiões da anca, vértebras e punho, sendo por esse motivo os locais de maior frequência de fractura) e ainda, por uma diminuição do número e função dos osteócitos que, entre outros efeitos, originam a calcipenia (processo que ocorre de diferente modo entre os géneros dado que “na mulher não há perda significativa antes da menopausa” [Souza, 2005:36])

- Envelhecimento do sistema articular – que se caracteriza por uma diminuição do número de células, de água e de proteoglicanas e por um aumento em número e espessura das fibras colagêneas, resultando em articulações mais estreitas e frágeis nas quais mais frequentemente poderão surgir fendas e fissuras, com conseqüente disfunção (Souza, 2005);
- Envelhecimento do sistema muscular – declarado pela redução do tamanho e do número das fibras musculares, a atrofia muscular é a principal causa da diminuição da massa magra no idoso e, conseqüentemente, também a força muscular diminui. *“Continua sem se saber a proporção que é devida ao envelhecimento em si e à diminuição da actividade física associada ao envelhecimento”* mas *“Pensa-se que a actividade física tenha uma grande importância porque os idosos que praticam exercício mantêm a sua massa muscular”* (Veríssimo, 2008:sp);
- Envelhecimento do sistema nervoso – manifestado por uma perda e degenerescência contínua cerebrais, esta diminuição está associada às alterações cognitivas verificadas com a idade (ex. perda de memória). O fluxo sanguíneo e o metabolismo basal, que são bons marcadores de envelhecimento, diminuem igualmente com o envelhecimento. Verifica-se também diminuição dos neurotransmissores (acetilcolina, dopamina, colina, etc.), alterações que são responsáveis por doenças frequentemente diagnosticadas nestas idades, como por exemplo, alzheimer e parkinsonismo;
- Envelhecimento do sistema cardiocirculatório – caracterizado por uma atrofia das fibras musculares cardíacas [*“não obstante ser considerado um dos poucos órgãos, senão mesmo o único órgão, que aumenta de tamanho e de peso com o envelhecimento* (Veríssimo, 2008:sp)], pelo desenvolvimento de processos arterioscleróticos, por uma diminuição da elasticidade das artérias, por um aumento da resistência vascular periférica, por um espessamento das válvulas cardíacas e por uma diminuição da resposta β adrenérgica a nível cardíaco que, acrescentadas às alterações verificadas na composição do sangue circulante, poderá dar origem a um aumento da pressão arterial e, conseqüentemente, à existência de um risco acrescido da ocorrência de acidente vascular;
- Envelhecimento do sistema respiratório – decorrente do aumento do número e tamanho das glândulas da mucosa brônquica, da diminuição da capacidade ciliar brônquica, do aumento do calibre dos brônquios (que origina o maior risco de aspiração de alimentos) e da diminuição do reflexo da tosse (Veríssimo, 2008); acrescentando a estes a diminuição das defesas

imunológicas e os anos de exposição a factores potencialmente tóxicos para este sistema (ex. inalação de partículas em local de trabalho ou hábitos tabágicos), facilmente se depreende o crescente aumento de risco de contrair patologia do foro respiratório;

- Envelhecimento do sistema digestivo – em que a perda de peças dentárias, a inadaptação a próteses dentárias, a diminuição quantitativa e qualitativa da saliva segregada (diminuição de ptialina, mucina e amilase), a diminuição da coordenação neuromuscular do esófago e a passagem digestiva de alimentos menos moídos e ensalivados, poderá resultar em manifestações de disfagia, regurgitação e/ou dor retroesternal (Veríssimo, 2008). Ainda na boca, a atrofia das papilas gustativas associada à diminuição do olfacto, conforme anteriormente descrito nas alterações sensoriais, poderá resultar em problemas de paladar e consequente perda de apetite. Do envelhecimento das outras estruturas, que fazem igualmente parte deste sistema, podem ainda surgir diversas complicações. As mais frequentes são: a anemia (pela diminuição da absorção digestiva de ferro e vitamina B₁₂), a obstipação (potenciada pela realização de um regime alimentar inadequado, pela escassa ingestão hídrica e pelo aumento do sedentarismo), a incontinência fecal (decorrente da perda de faculdade do esfíncter anal);
- Envelhecimento do sistema renal – decorrente da depleção glomerular e da função dos mesmos poder-se-á assistir a um declínio de 50% da filtração da urina. Associando a este facto a crescente tendência para uma menor capacidade de acidificação, para um aumento da sua concentração (decorrente da frequente diminuição da ingestão hídrica) e de um maior risco de toxicidade (decorrente da terapêutica instituída que frequentemente acompanha os indivíduos nesta idade), considera-se que a vigilância da função renal deve ser um aspecto a ter em constante atenção de forma a minimizar o risco de falência renal;
- Envelhecimento do sistema hormonal – em consequência da degenerescência celular, também este sistema é afectado e vai afectar os restantes órgãos e sistemas. Exemplos desta afirmação são os fenómenos que ocorrerem: na hipófise (diminuição da vascularização e o aumento do tecido conjuntivo), na tiróide (diminui de tamanho tornando-se mais fibrótica e nodular, passando a produzir T₃ e T₄ em menor quantidade), nas paratiróides (cujo funcionamento passa a aumentar a reabsorção de cálcio ósseo, em particular no género feminino), nas supra-renais (nas quais, também a perda celular é substituída por tecido conjuntivo, dando lugar ao frequente aparecimento de nódulos

corticais), no pâncreas (no qual existe uma maior propensão à ocorrência de insulinopenia devido à atrofia das células β dos ilhéus de langerhans e que, associado ao aumento da massa gorda, incorre em insulinoresistência e consequente aparecimento da Diabetes *Mellitus* tipo 2);

- Envelhecimento do sistema genital – este envelhecimento é mais sentido no género feminino, essencialmente devido à paragem do funcionamento dos ovários, com consequente diminuição da produção das hormonas estrogénio e progesterona. Todos os órgãos que constituem este sistema atrofiam, perdem elasticidade, vêm diminuída a sua sustentabilidade ligamentar e, igualmente, alterado o seu grau de humidade, lubrificação e flora. Desta forma, este sistema passa a estar mais sujeito à ocorrência de um maior número de infecções e menos sensível para atingir a libido. No género masculino, menos evidentes, estas alterações provêm da diminuição de produção da hormona testosterona. Decorrente deste e de outros fenómenos a força muscular diminui, a produção de espermatozóides diminui, a próstata aumenta de tamanho (hipertrofia benigna da próstata), diminui a produção de líquido prostático e a capacidade erétil diminui.

Todas as alterações biofisiológicas anteriormente mencionadas (em que em algumas situações, pelo seu carácter macroscópico, constituem provas irrefutáveis de envelhecimento), são manifestações da genética, dos estilos de vida, das doenças e das condições de vida (Veríssimo, 2008), cuja variabilidade individual se faz notar. Esta ideia remete, uma vez mais, para a noção de que não existe um único trajecto de envelhecimento a percorrer, nem existem premissas únicas e directas que se possam atribuir à evidência deste fenómeno.

O diagnóstico de patologia clínica e a proximidade da morte, são outros factores que não poderão ser assumidos como resultantes do envelhecimento. Por um lado, porque não é obrigatório envelhecer doente e, por outro, porque a morte pode ocorrer em todas as fases do ciclo vital que não apenas as que remetem para idades mais envelhecidas. A esta última asserção acresce ainda dizer que *“O envelhecimento ocorre com o passar do tempo mas poucas pessoas morrem, realmente, por causa da idade. A maioria (das pessoas envelhecidas) morre porque o corpo perde a capacidade de suportar os factores de stresse, físicos ou ambientais.”* (Spirduso, 2005:7).

Com a antecedente reflexão não se pretendeu banir a ideia de que o envelhecimento está relacionado com todos os factores anteriormente mencionados, mas sim alertar para a noção de nem todos se aplicarem aos mesmos indivíduos *“por haver uma individualidade biológica e formas particulares de envelhecer”* (Pinto, 2001: 21). Esta é uma preocupação constante dos profissionais de saúde, dado que não se pode atribuir todos os sinais e sintomas à senescência (correndo o risco de se adiar uma possibilidade de diagnóstico precoce), nem se atribuir os mesmos sinais e sintomas à senilidade (porque, alguns desses mesmos sinais não são mais do que meros resultantes de um processo fisiológico de resposta ao envelhecimento) (Veríssimo, 2008). Apesar desta preocupação, é sabido que viver mais tempo aumenta em 80% as probabilidades de contrair uma ou mais doenças crónicas, bem como limitações físicas incapacitantes (Hoeman, 2000) e, assim sendo, a sociedade tem de estar preparada para a morbilidade que deste quadro possa advir.

Envelhecimento
numa perspectiva
Psicológica

Mas, a longevidade do envelhecimento a que actualmente se assiste, *“... teve a ver com as mudanças económicas, tecnológicas e sociais e não com mudanças do património genético da população, neste tão curto espaço de tempo de evolução da humanidade. Isto significa que os factores biológicos e genéticos não asseguram a expressão óptima do desenvolvimento humano, donde se torna de capital importância conhecer os contextos de envelhecimento, para além dos processos básico e mecanismos do envelhecimento celular”* (Paúl, 2006:45). Na sequência desta ideia, o estudo do envelhecimento deverá ser também focalizado em dimensões do comportamento e do funcionamento psicológico, tais como: a competência, a cognição, a personalidade, a satisfação de vida e o bem-estar psicológico (Fonseca, 2004b; Fontaine, 2000; Paúl, 2006).

Sendo *“[...] definida como a capacidade do indivíduo para realizar adequadamente aquelas actividades habitualmente consideradas como essenciais para a existência, [...]”* (Fonseca, 2004b:85), a competência é uma dimensão que durante o envelhecimento é, invariavelmente, afectada. Tomando por exemplo a competência de vida diária, de base essencialmente ontogénica; diversos autores defendem que a sua complexidade vai aumentando até à idade adulta e que, uma vez atingido um certo patamar (de acordo com as exigências que são sentidas e/ou impostas aos indivíduos), vão sendo cada vez menores as

exigências chamadas a esta competência, em idades mais avançadas. Citando Baltes, Fonseca (2004b:93) refere compensar este declínio, o facto de nesta fase da vida existir uma maior facilidade de recorrer a *“mecanismos de selecção, optimização e compensação, para adequarem as suas respostas comportamentais às necessidades sentidas e aos recursos disponíveis, mantendo ou optimizando até o seu funcionamento psicológico e a sua autonomia quotidiana”*. Esta docilidade não invalida, porém, que um sentimento de dependência prolifere à medida que o envelhecimento vai progredindo. O isolamento social, o declínio biológico, a perda de pessoas de referência (que podem ir para além das do núcleo familiar) e a diminuição da qualidade de vida em geral, são exemplos que podem contribuir para este sentimento.

No que se reporta à cognição, é importante desde já fazer uma ruptura com o preconceito de que os indivíduos com mais idade têm uma menor capacidade nesta área. Segundo Fonseca (2004b), duas justificações poderão ser apresentadas para contrariar esta ideia: a primeira, o facto de adultos e idosos terem formas de pensamento e de resolução de problemas que diferem em larga medida dos mais jovens; a segunda, o facto da valorização das manifestações de inteligência não poderem ser desligadas dos contextos socioculturais onde se manifestam. A estes factores, acresce ainda a dimensão biológica, que origina a existência de uma enorme diferenciação entre os indivíduos, independentemente da idade em que se encontram – o mesmo é dizer que *“algumas pessoas mantêm as suas capacidades cognitivas intactas até mais tarde, noutras o declínio começa bastante mais cedo”* (Fonseca, 2004b: 97). Assim sendo, pode-se afirmar que *“És verdad que el envejecimiento lleva consigo una decadência vital y una lentitud general de los procesos cognitivos, pêro puede ser contrarrestada por la mayor base de conocimientos y experiências construídas por la persona y por formas de pensamiento más adecuados a la complejidad de dichas experiências”* (Buendía e Riquelme, 1997:78).

A evolução da personalidade é outra das dimensões cuja generalização não é passível de ser aplicada no processo de envelhecimento. Porquê? Porque *“é uma dimensão multiforme que só pode ser estudada através de abordagens múltiplas”*, tais como a factorial, a desenvolvimentista e a sociocognitiva (Fontaine, 2000:132). Daqui resulta, invariavelmente, a dúvida de esta ser alvo de transformações profundas ao longo da vida, de ser uma resultante do contexto

e da história de vida experimentada pelos indivíduos ou, ainda, da possível emergência e agudização de traços de carácter já pré-existentes no indivíduo (Barreto *apud* Fonseca, 2004a). Ainda assim, nesta indefinição pode-se assumir que a partir de determinada altura da vida as características da personalidade humana tendem a estabilizar (Belsky, 2001; Fonseca, 2004a; Fontaine, 2000). Tomando por referência os estudos realizados por Havighurst, Neugarten e Tobin (*apud* Fonseca, 2004b), em indivíduos com idade compreendida entre os 50 e os 90 anos, a personalidade pode ser classificada em quatro tipos:

- Integrado – quando o indivíduo apresenta um bom funcionamento psicológico geral, apresenta uma vida activa e dela retira um elevado nível de satisfação em todos os papéis por si desempenhados;
- Defensivo-combativo – quando o indivíduo é lutador e controla a sua vida diária extraíndo dela níveis de satisfação em grau elevado e/ou moderado;
- Passivo-dependente – quando o indivíduo apresenta um tipo de funcionamento dependente, cuja construção foi sedimentada numa postura passiva que manteve ao longo da sua vida e que leva a retirar graus de satisfação muito variados;
- Desintegrado – quando o indivíduo apresenta lacunas no funcionamento psicológico, tem pouca actividade, manifesta um controlo pobre de emoções e uma deterioração dos processos cognitivos, resultando deste quadro numa baixa satisfação com o seu “estar” na vida.

A aparente simplicidade desta classificação não invalida que na sua base estejam aspectos extremamente complexos de análise, como por exemplo, o contexto, o percurso e a satisfação de vida. Quanto a este último conceito (satisfação de vida), que se refere à *“avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações”* (Paúl, 1992:62), importa deixar explícito que ela advém de um balanço individual efectuado entre os objectivos previstos e as metas alcançadas, nos quais os recursos pessoais (ex.: competência, educação, saúde, redes sociais, capacidade financeira) e os recursos sociais (ex.: protecção social, apoios comunitários, recursos de saúde e de educação) são determinantes (Fonseca, 2004b).

Relativamente ao bem-estar psicológico, que se define *“como uma qualidade de funcionamento que não se constrói por referência ao próprio, mas por referência aos outros e ao mundo”* (Novo, 2003:15), o constructo multidimensional em que se baseia tem contribuído para a obtenção de informação mais precisa acerca do funcionamento psicológico na idade adulta e idosa. Tendo por base os estudos de Ryff, Fonseca (2004b:154-5) descreve como dimensões do bem-estar psicológico:

- *A “autonomia” – a que equivalem atributos como a independência, o locus de controlo interno, a auto-determinação e regulação interna do comportamento;*
- *O “domínio do meio” – ligado à capacidade para escolher ou criar ambientes adequados à respectiva condição física;*
- *As “relações positivas com os outros” – a que equivalem as relações interpessoais agradáveis e de confiança, bem como fortes sentimentos de empatia e afecto;*
- *Os “objectivos na vida” – sugerindo o interesse e a necessidade de intencionalizar a existência de objectivos e de sentido para a vida;*
- *O “crescimento pessoal” – a que equivale a capacidade assumida para desenvolver o potencial individual de crescimento como pessoa;*
- *A “aceitação de si mesmo” – a manutenção de atitudes positivas para consigo próprio emerge como um característica central do funcionamento psicológico positivo.*

Segundo o mesmo autor, um dos maiores contributos advindos da avaliação operada por esta variável foi o facto de ter invertido a fatídica perspectiva negativa habitualmente atribuída ao envelhecimento e de, pela primeira vez, ter apresentado este fenómeno como um evento de compreensão positiva. Ilustrativos deste facto foram os resultados obtidos num dos primeiros estudos realizados por Ryff (*apud* Fonseca, 2004b), realizados em três grupos compostos por indivíduos jovens-adultos, adultos de meia-idade e idosos que ditaram:

- a valorização dos itens familiares (animada de idêntica forma pelos grupos de meia-idade e de idosos);
- a valorização do trabalho e da carreira (particularmente indicada pelo grupo de meia idade) e a maior valorização da saúde (referida pelo grupo de idosos);
- a maior infelicidade no que respeita a problemas familiares (mencionada pelo grupo de meia-idade) contrapondo a ideia de não serem infelizes com nada (no grupo de idosos);
- a não necessidade de mudança (manifesta pelo grupo de idosos) opondo-se ao desejo de melhorar o seu “eu” pelo aumento de frequência da prática de

exercício físico e hábitos de vida mais saudáveis (verbalizado pelo grupo de meia idade).

Na época, por não se tratar de um estudo de natureza longitudinal, a autora assumiu alguma limitação em afirmar se estes sentimentos advinham de uma efectiva melhoria de vida ou se decorriam de uma simples adaptação a um contexto de vida, que já não era passível de mudança. Mas, apesar de não ser genérico para todos os indivíduos em envelhecimento, o optimismo destes resultados veio a confirmar-se quando, duas décadas depois, numa metanálise efectuada a 286 estudos de natureza diversa, Pinquart e Sorensen (*apud* Fonseca, 2004b) chegaram a idênticas conclusões. Para além destas, outra conclusão importante foi o facto de se ter percebido que *“os indivíduos que vivem (actualmente) a experiência do envelhecimento podem ajudar a definir os desafios essenciais de tal experiência, sinalizando aqueles aspectos que mais contribuirão para fazer do envelhecimento um período onde o bem-estar psicológico também pode naturalmente ser alcançado”* (Fonseca, 2004b:164). Tais desafios, independentemente do tempo em que ocorrem, são inevitavelmente influenciados pelas sociedades e culturas nas quais os indivíduos vivenciam as suas experiências de velhice.

Envelhecimento
numa perspectiva
sociológica

Mediante este quadro, sociologicamente, *“o envelhecimento deve ser entendido como um conceito referido à forma como cada sociedade conceptualiza esta fase do ciclo vital de vida, como uma construção social inscrita numa dada conjuntura histórica”* (Fernandes, Lima e Viegas *apud* Fonseca, 2004b: 59). As ideias contidas nesta citação orientam para outras questões relacionadas com o envelhecimento que, até agora, não foram abordadas e que carecem de uma particular análise.

Nos últimos anos, o envelhecimento é tido como um problema que preocupa cientistas e governantes e que se faz acompanhar de um espectro de dificuldades relacionadas, designadamente, com o encargo dos idosos sobre as estruturas sociais, os vários custos que o seu elevado número e morbilidade associada poderão vir a representar, a falência dos sistemas de reforma e, de forma mais pessimista, sobre o conservadorismo, a falta de vitalidade e de dinamismo que tal fenómeno acarretará para as sociedades

futuras.

Com um historial recente em Portugal, dado que *“até ao final da década de 60 os problemas da população idosa não foram objecto de uma política social específica, pelo que a protecção social dos indivíduos deste grupo se revela quase inexistente”* (Quaresma, 1998:sp), ao converter-se em problema social, o envelhecimento passou então a mobilizar recursos, meios e esforços até ao momento não requeridos, que deram lugar a um aumento exponencial de pesquisas focalizadas nesta fase do ciclo vital. A par deste movimento, diversas medidas políticas de velhice² passaram a ser discutidas e implementadas com o objectivo de promover a qualidade de vida neste grupo etário. Recorde-se, neste âmbito, as diversas medidas implementadas em diversos serviços não só públicos mas também privados, desde a redução monetária a partir dos 65 anos (ex.: transportes públicos, espectáculos, modalidades desportivas) até à preocupação de proporcionar um maior conforto e acessibilidade em diversos serviços (ex.: caixas de supermercado, espaços em espectáculos, turismo sénior).

Mas, simultaneamente a estas “mordomias”, algumas contrapartidas são colocadas a estes indivíduos. A sociedade remete frequentemente para exigências que interferem com os papéis e hábitos adoptados, no seu grupo social de referência, e que geralmente são avaliados em função dos seus padrões de comportamento. Nesta perspectiva, *“Envejecer consiste precisamente en aprender nuevos roles y hacer frente a una transformación de las exigencias sociales en lo que concierne personalmente, marcado por grandes incertidumbres especialmente en el terreno profesional y familiar: cómo adaptarse a la jubilación, a la pérdida del status económico, cómo adaptarse a la muerte del marido o de la mujer, a la disminución de la fuerza física y de la salud, etc.”* (Buendía e Riquelme, 1997:78).

Partilhando de idêntica forma de pensamento, Rodrigues (2004), sustentado em diversos teóricos da gerontologia [Orbach, 1970; Hochschild, 1975 - teoria da actividade; Atchley, 1971; Rosow, 1974 - teoria da continuidade], considera dimensões básicas de análise sociológica nesta faixa etária:

- A perda de trabalho e a reforma, que originam a necessidade de refazer não apenas uma estrutura horária mas também de reestruturar metas,

² *“...conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade”* (Fernandes, 2007:421).

- objectivos de vida e relações sociais que passam a diferir das anteriores;
- A necessidade de encontrar actividades e formas alternativas de ocupar o tempo livre, que passa a ser muito maior após a reforma;
 - A solicitação mais frequente de cuidados de saúde a um nível mais diferenciado;
 - A procura maior de diferentes produtos e recursos de bem-estar, individual e comunitário;
 - A necessidade de assumir mudanças de dinâmica familiar devido a uma nova reorganização do tempo, das actividades e/ou das próprias variações da estrutura familiar, decorrentes do contínuo processo evolutivo a que está sujeita.

Numa análise muito sucinta das anteriores dimensões, vários fenómenos e perspectivas sobressaem. Um primeiro fenómeno reporta-se à tendência de reajustamento do comportamento em sociedade, “a lo que Brown (1996) denomina «el patrón de desimplicación³ social» (Rodrigues, 2004:235). O autor ilustra este fenómeno fazendo referência aqueles indivíduos que durante a sua vida activa mantiveram diversos contactos com a sociedade (familiares ou profissionais) e que, de repente, se vêem bruscamente privados deste envolvimento social, dando origem à emergência de sentimentos que envolvem a esfera da incompetência, do abandono e de perda de auto-estima, que invariavelmente conduzem ao caminho do isolamento.

Com base na anterior perspectiva, quando se aborda a dimensão sociológica do envelhecimento, dois elementos distintos devem ser observados porque condizem com uma realidade vivenciada pelo idoso, seja por variáveis dependentes ou independentes ao próprio processo: a solidão e o isolamento social. A solidão é tida como um estado emocional marcado pela carência de relacionamentos afectivos importantes e calorosos. O isolamento remete para a falta de contactos com pessoas diferentes e/ou para a ausência de actividades sociais. Apesar de diferirem, na sua essência, é reconhecido que o isolamento prolongado aumenta a possibilidade de que se sinta solidão.

³O termo “*desimplicación social*” remete para a noção da não existência de envolvimento social.

Estes fenómenos, entre outras formas de exclusão social, condicionam o desenvolvimento de uma sociedade onde o envelhecimento possa ser vivido com maior qualidade de vida; tão ou mais grave ainda, sociedades existem em que a discriminação social é ainda realizada com base na idade ou por ser este um dos grupos mais vulneráveis à pobreza. Por mais que se queira contornar a questão, a dita “idade social” é de facto limitativa. Fortemente associada ao estereótipo de limitação física, mental e de improdutividade, a sociedade “acelerada” em que vivemos facilmente remete o envelhecimento para segundo plano. Esquece-se, porém, da experiência de vida e do conhecimento que foram alcançados ao longo dos anos, e que, se devidamente aproveitados, poderiam constituir um patamar mais elevado para a construção de novos saberes. A rentabilização deste conhecimento adquirido, para além de facilitar a preservação de práticas, usos e costumes (ex.: artes e ofícios) que se vão perdendo com o desaparecimento destas gerações, poderia, sem dúvida, prevenir as situações de isolamento e de solidão anteriormente referidas.

Outra das questões que frequentemente se coloca no domínio social do envelhecimento é a perda da autonomia. Potencializada por questões do foro biofisiológico e psicológico, esta condição é também considerada pelo estado de dependência e restantes implicações político-administrativas que origina. Se a esta conjuntura for associada a limitação económica, à qual estão grande parte das vezes expostos estes indivíduos [por diminuição de entrada de capital, (resultante da entrada na reforma) e pelo aumento de saída (decorrente do incremento de tempo livre e das necessidades)], percebe-se, então, que muito existe ainda por fazer. Muito mais, ainda, se se tiver em linha de conta que também esta limitação económica concorre para que se assista à proliferação de um comportamento de isolamento [Fernández-Ballesteros (2004); Moen, Elder e Lüscher (2001)].

Também os contextos sócio-geográficos interferem nesta dinâmica. Isto é, ser envelhecido em meio urbano poderá ser muito diferente de o ser em meio rural. Se no primeiro a acessibilidade a uma rede de serviços (ex.: saúde, lúdicos, culturais) poderá estar mais facilitada, no segundo a rede comunitária poderá estar mais presente na vida destes indivíduos e, deste modo, assegurar de

forma mais efectiva as necessidades anteriormente mencionadas.

Contudo, outros contextos e sistemas exercem uma influência tão ou mais marcante neste âmbito. Constituindo, o envelhecimento, um longo e contínuo período no qual grandes transformações ocorrem, os vários *settings* onde classicamente se desenvolve o percurso de vida (*“life-span”*) têm de ser obrigatoriamente contemplados. Citando VandenBos, Fonseca (2005:133) refere que o *“padrão de vida dos indivíduos idosos assenta em quatro estruturas sociais determinantes: a família, o trabalho, o estado e a religião. No caso concreto do trabalho e da família, (...), o papel de ambos na vida dos indivíduos adultos é de uma importância muito grande, pelo que eventuais alterações sentidas nessas estruturas – como a passagem à reforma ou a morte do cônjuge – são necessariamente acontecimentos que produzem um impacto sensível nos modos de ser e de estar”*.

É reconhecido o papel preponderante da família no percurso de desenvolvimento dos seus constituintes. No acompanhamento de um processo contínuo e irreversível, como é o do envelhecimento, ela deverá assumir ainda um maior destaque. No processo de envelhecimento, o indivíduo sente-se muitas vezes destituído de um papel que outrora representava no núcleo familiar, com o qual se identificava e que estabelecia o seu lugar na família (Agostinho, 2004). Este período pode reforçar os laços familiares ou, pelo contrário, induzir ao isolamento do indivíduo, seja por incompreensão ou indisponibilidade dos elementos da família, seja porque o próprio indivíduo não se dá a conhecer por indisponibilidade de partilha com os seus congéneres. Nesta perspectiva e como refere o anterior autor, o indivíduo vive socialmente o envelhecimento consoante o ambiente em que está inserido. Caso se sinta respeitado, integrado e útil, não perde a autoconfiança, vivendo esta fase da vida plenamente e tirando proveito do tempo livre. Pelo contrário, se, se sente marginalizado e/ou indesejado pela família, a velhice poderá ser vivida como uma etapa extremamente penalizante. Este é, então, um processo evolutivo que o indivíduo e a respectiva família vão fazendo ao longo do seu ciclo vital e no qual variadíssimos factores poderão interferir. Daí que uma importante aposta em termos de manutenção da saúde de ambos seja acompanhar de forma

continua este sistema da sociedade, de forma a preservar o seu capital de saúde e quando necessário mediar situações que requeiram intervenção nos diversos níveis de prevenção.

Relativamente ao trabalho, idênticas questões se colocam. As alterações sócio-demográficas e económicas ocorridas nas sociedades modernas e os efeitos que as mesmas têm vindo a exercer nos contextos europeus e mundiais, continuam a ser alvo de uma particular atenção pelo impacte que produzem no seu desenvolvimento. Direccionadas para a optimização da economia, na qual se privilegia todo o contributo em activo, estas sociedades (ditas “de consumo”) são frequentemente geradoras de situações fragilizantes para o estado de saúde individual e familiar. Esta é uma realidade que se torna ainda mais expressiva quando os indivíduos, anteriormente produtivos, passam a um estatuto de aposentadoria (cf. Cap. II – “ENTRADA NA REFORMA”).

Mas, as evidências empíricas têm feito saber que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira e que os fenómenos anteriormente descritos têm expressões diferenciadas e singulares, dependendo dos ambientes e/ou espaços (físicos e temporais) em que ocorrem. Assim defendem Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004:252) quando proferem que “... *el ambiente, considerado este como el complejo de estimulación sociofísica, contituye uno de los conjuntos de factores que deben ser tenidos en cuenta a la hora de establecer la tipología de experiencias del envejecimiento*”, sendo que, consoante o grau de estimulação que proporcionar, estes factores poderão ser mais ou menos favoráveis para a existência de um equilíbrio entre as necessidades, disposições e/ou predisposições nos indivíduos envelhecidos. Por outras palavras, o mesmo é dizer que, consoante as oportunidades oferecidas, tais factores poderão ser mais ou menos auspiciosos à ocorrência de um envelhecimento “bem sucedido” (Baltes e Carstensen, 1996). Para tal, não basta que os ambientes e/ou espaços sejam propícios. O indivíduo terá obrigatoriamente de adoptar um papel activo neste processo, em função de um plano que previamente deverá estabelecer, para atingir os seus próprios objectivos de vida. O resultado deste processo será então maximizado quando existe uma proximidade entre os planos individuais (onde são expressas as suas necessidades, intenções e outras) e as ofertas que os ambientes e/ou espaços

Envelhecimento
numa
perspectiva
ecológica

lhes possam proporcionar (oportunidades, propostas de acção e outras). No intuito de melhor compreender esta relação, diversos modelos têm sido construídos.

Precursor do *Modelo de Compatibilidade*, Kaplan (1983) diferencia os níveis de actividade individual em função das fontes que as impele (Figura 3). Segundo este autor, quando as fontes de actividade se sobrepõem, assiste-se então à dita compatibilidade. Se tal não suceder, isto é, se imperar a incompatibilidade entre as referidas fontes, esta poderá ter duas origens: ou o ambiente é inadequado (ex.: propriedades restritivas, carência informativa) ou as predisposições dos indivíduos são inadequadas (ex.: conflitos internos, falta de interesse, falta de recursos, inexistência de objectivos para a acção).

Figura 3 – Modelo de Compatibilidade Pessoa-Ambiente

		Tipos de actividade mental	
		Imagem	Plano
Fontes de actividade	Interna (Pessoa)	Reflexão	Intenção
	Externa (Ambiente)	Percepção	Necessidade

Adap. Kaplan, 1983.

Resultante desta sinergia, poder-se-á classificar o ambiente em três tipos de categorias (Fernández-Ballesteros e Rodríguez, 2004):

- Ambiente facilitador – aquele que dadas as suas características, favorece o desenvolvimento de metas e planos das pessoas;
- Ambiente controlador – aquele em que a pessoa, apesar de algum custo, pode dirigir a sua transacção com o ambiente para desenvolver as suas metas e planos;
- Ambiente restaurador – aquele em que a pessoa pode recuperar-se da pressão não desejada de outros estímulos ambientais.

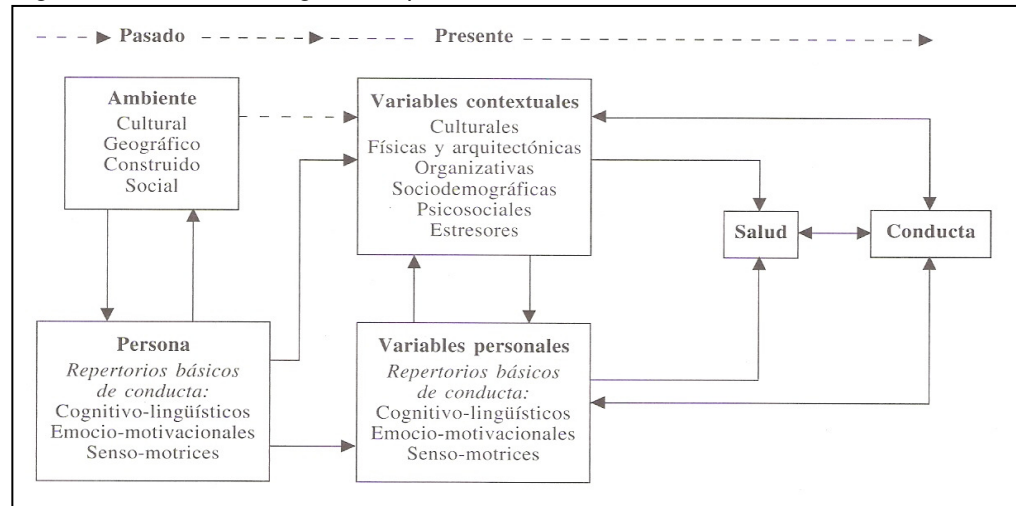
Um dos modelos mais utilizados em estudos realizados no âmbito da ecologia gerontológica é o *Modelo de Congruência*. Este modelo estuda a complementaridade entre a pessoa e o ambiente, em função das variáveis implicadas. As diversas evidências empíricas, que tomaram este modelo por referência [Carp (1984); Kahana (1975); Kahana, Liang e Felton (1980)], concluíram que a congruência pré-existente entre as variáveis estudadas, nestes dois intervenientes, constitui um fiel preditor da forma como os mesmos se comportaram em momento posterior. Deste modo, “*la existencia de congruência entre variables personales y variables ambientales vá predicir un óptimo nível de adaptación, mientras que la existencia de incongruência haría aún más difícil la adapatación*” (Fernández Ballesteros e Rodríguez, 2004:255). Referenciando o estudo de Carp (1987), os autores mencionam que algumas das variáveis utilizadas como descritoras dos processos individuais foram: o nível económico, o sentimento de competência, as variáveis de saúde e os apoios sociais. Mais acrescentam que sendo este um modelo de predição com uma elevada consistência “*la predicción básica es que la congruência (de similaridad y complementariedad) predice bienestar y satisfacción*” (Fernández-Ballesteros e Rodríguez, 2004:255); recorde-se que estas eram também duas dimensões contempladas pela dimensão psicológica do envelhecimento.

Um outro modelo utilizado para estudar as relações que se estabelecem entre os indivíduos e o ambiente é o *Modelo de Competência*. Inicialmente desenvolvido por Lawton (1986), ele é suportado num quadro de exigência ambiental no qual o indivíduo consegue ou não apresentar competência para lhe responder. Alguns dos postulados mais relevantes tomados por este modelo são o facto de serem igualmente negativas para o indivíduo a existência de situações de extrema exigência por parte do ambiente (seja ela de nível muito elevado ou muito baixo) e o facto de ser inversamente proporcional o nível de competência individual e o poder de influência do ambiente (daí que se assuma que um individuo com baixa competência seja mais facilmente condicionado pelo ambiente). Trata-se de um modelo bastante interessante para estudar a ecologia do envelhecimento, porém, como outros modelos, torna-se necessário que se tenha consciência de que apresenta algumas limitações. Uma primeira observação a fazer é que ele está demasiadamente centrado no ambiente, deixando a pessoa para segundo plano; um outro aspecto é o facto de por

vezes se tornar difícil de operacionalizar alguns conceitos (como por exemplo a quantidade de estimulação, a pressão externa e a solicitação externa).

Outro modelo ao qual tem sido atribuído um elevado potencial explicativo nas questões relacionadas com a saúde individual, é o *Modelo Ecológico Comportamental* (Figura 4).

Figura 4 – Modelo ecológico-comportamental do envelhecimento humano.



Fonte: Fernández-Ballesteros, 2004: 258.

Para além de estabelecer uma relação directa entre as condições de saúde e os factores de desempenho comportamental, a novidade que este modelo introduz é a variável tempo, numa conjuntura sistémica (tempo social, histórico e individual). Com base nesta permissa “[...] las condiciones ambientales en un momento dado se ven afectadas por los propios repertorios de conducta, apendidos a lo largo del proceso de transacciones e interacciones entre la persona y las circunstancias de su pasado. [...] En suma, la salud o cualquier tipo de conducta (por ejemplo, el bienestar o el nivel de satisfacción) puede ser explicado en función de la interacción entre las condiciones personales y las circunstancias contextuales y ambientales (características físicas, arquitectónicas, organizacionales, sociodemográficas, etc.)” (Fernández-Ballesteros e Rodríguez, 2004:258).

Conforme se pôde verificar, todos os modelos anteriormente descritos preconizam a vivencia de um envelhecimento activo. Questiona-se então:

O que será o envelhecimento activo?

1.1. O ENVELHECIMENTO ACTIVO

O quadro de envelhecimento populacional, ao qual se tem vindo a assistir nos últimos anos, coloca às sociedades actuais um dos maiores desafios de sempre: proporcionar aos seus cidadãos a vivência de uma anciania com o máximo de qualidade possível. Quando se afirma “desafio” não se pretende, de modo algum, dizer que é difícil ou inexecutável. No entanto, dadas as particularidades que revestem esta fase do ciclo vital, a ruptura com a ideia de que o ancião constitui um encargo para a sociedade ainda não é fácil de ser ultrapassada [ex. constituir parte da população economicamente dependente (reformada), ser a principal consumidora dos serviços de saúde (morbilidade), ser uma das protagonistas da utilização das estruturas e redes de apoio social (lares, centros de dia)].

Mas, se no passado a pessoa envelhecida era colocada para segundo plano, numa sociedade que pouco tempo dispunha para lhe dedicar, presentemente, pelo reconhecimento das suas inúmeras potencialidades, a sua participação nos sistemas sociais começa a ser maior, mais activa e, em muitos casos, imprescindível. Neste sentido, *“Recognizing that increasing longevity is a biological achievement and a sign of progress, and that the aged are an asset and not a liability to society because of the invaluable contribution they can give by virtue of their accumulated wealth of knowledge and experience”* (World Assembly on Aging, 1983:sp), a Organização das Nações Unidas (ONU) em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) organizou a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Decorrente deste evento, a OMS faz então publicar o primeiro *Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento*. Este documento terá sido o impulsionador de todo o movimento de investigação que se passou a fazer em torno do envelhecimento e que teve como principal objectivo: conhecer e encontrar estratégias de maximização de qualidade de vida nesta fase do ciclo vital.

Datam precisamente do final da referida década os primeiros estudos apresentados à comunidade científica por um dos mais clássicos autores nesta área de estudo, Paul B. Baltes (1939-2006). Sustentando o seu discurso em dois conceitos determinantes para a compreensão do processo de envelhecimento (variabilidade inter-individual e plasticidade intra-individual), Baltes e Baltes (1990)

afirmavam que envelhecimento bem-sucedido era possível, numa conjuntura sistémica e ecológica que proporcionasse tais condicionalismos (Referência 3).

Referência 3 – Teoria do Envelhecimento Bem-Sucedido

A *Teoria do Envelhecimento Humano Bem-Sucedido* assenta “sobretudo em três eixos implícitos na própria conceptualização da perspectiva: 1) balanço entre ganhos e perdas; 2) o recurso ao modelo de SOC (*Selection, Optimization, Compensation*) como explicação básica do modelo adaptativo inerente à capacidade de envelhecer com êxito; 3) a modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal” (Fonseca, 2005: 211)

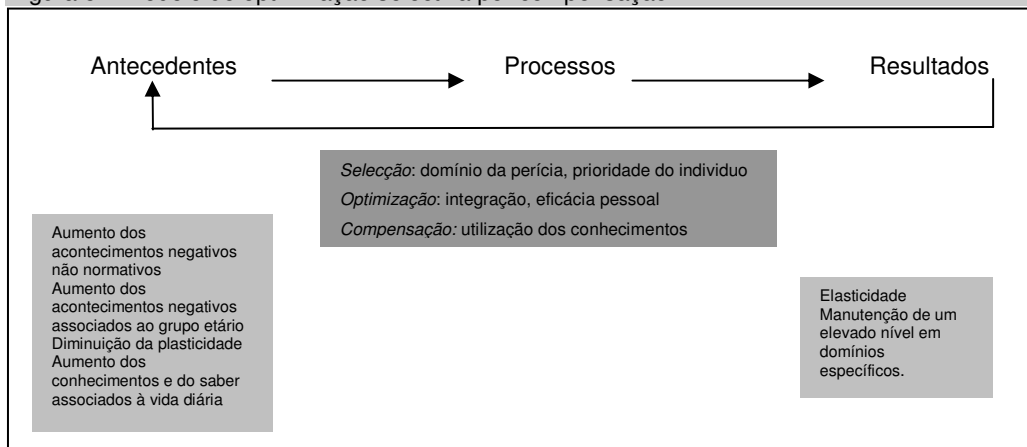
O primeiro eixo remete para noção de que o ciclo vital é marcado por uma contínua alternância de ganhos e de perdas desenvolvimentais e que nenhuma mudança ocorre apenas com ganhos [*“development at all points of the live course is a join expression of features of growth (gain) and decline (loss). (...) “No developmental change during the live course is pure gain”* (Baltes, 1987)]. Numa fase mais avançada do ciclo vital, Baltes e Smith (2003) chegam mesmo a assumir que o balanço entre ganhos e perdas é em grande parte das vezes negativo. À partida esse quadro parece ser preocupante mas, neste contexto o que é efectivamente importante “é verificar até que ponto as pessoas estão conscientes desse facto para que possam proceder à elaboração de estratégias visando atenuar ou eliminar, tanto quanto possível, essas perdas” (Fonseca, 2005: 212). Desta forma, o que parece uma perda total, poderá constituir-se em ganho excepcional para o desenvolvimento do indivíduo, quando se lhe imputa a necessidade de uma reestruturação interna, da visão de si próprio, num contexto ecológico.

O segundo eixo vem afirmar que o modelo SOC é essencialmente utilizado “for predicting on a correlational level the subjective indicators of successful aging was examined” (Freund e Baltes, 1998:531) e advém, essencialmente, da convicção de que ao longo do ciclo vital são frequentes as alterações operadas nos objectivos de vida e no sentido de conduta dos indivíduos, originando a que ocorra uma sistemática mudança de locação e de distribuição de recursos. Assumindo que o envelhecimento bem-sucedido deve ser analisado sob o ponto de vista processual, três vantagens habitualmente atribuídas à utilização deste modelo (Figura 5): o reconhecimento de que o envelhecimento é heterogéneo; a consideração da existência de propriedades funcionais e subjectivas nos comportamentos dos indivíduos que os levam a responder de diferentes formas a quadros situacionais semelhantes; e, por último, o facto do modelo, em si próprio, constituir um instrumento para avaliar a capacidade que o indivíduo apresenta em utilizar os mecanismos de selecção, optimização e compensação por forma a estabelecer os seus objectivos de vida e a reorientá-la no sentido de os alcançar (Baltes e Carstensen, 1996).

O terceiro eixo vem, uma vez mais, pôr em evidência o facto do envelhecimento ser único. Porquê? Porque que ele ocorre numa base processual subjectiva de percepção do *self* que necessariamente influencia o processo de “regulação do eu” em função dos acontecimentos de vida que ocorrem na vidas do indivíduo e que, independentemente de constituírem perda ou de ganho, implicam a reformulação de projectos, objectivos e de indicadores de bem-estar psicológico (Fonseca, 2005). “Assim, se por um lado ter objectivos confere sentido à existência e é, em si mesmo, um elemento indicativo de qualidade de vida psicológica (Brandtstadter e

Renner, 1990), por outro lado, os objectivos podem tornar-se motivo de insatisfação quando se revelam inalcançáveis pelo facto de o indivíduo já não possuir os recursos necessários para os atingir” (Fonseca, 2005: 219).

Figura 5 – Modelo de optimização selectiva por compensação.

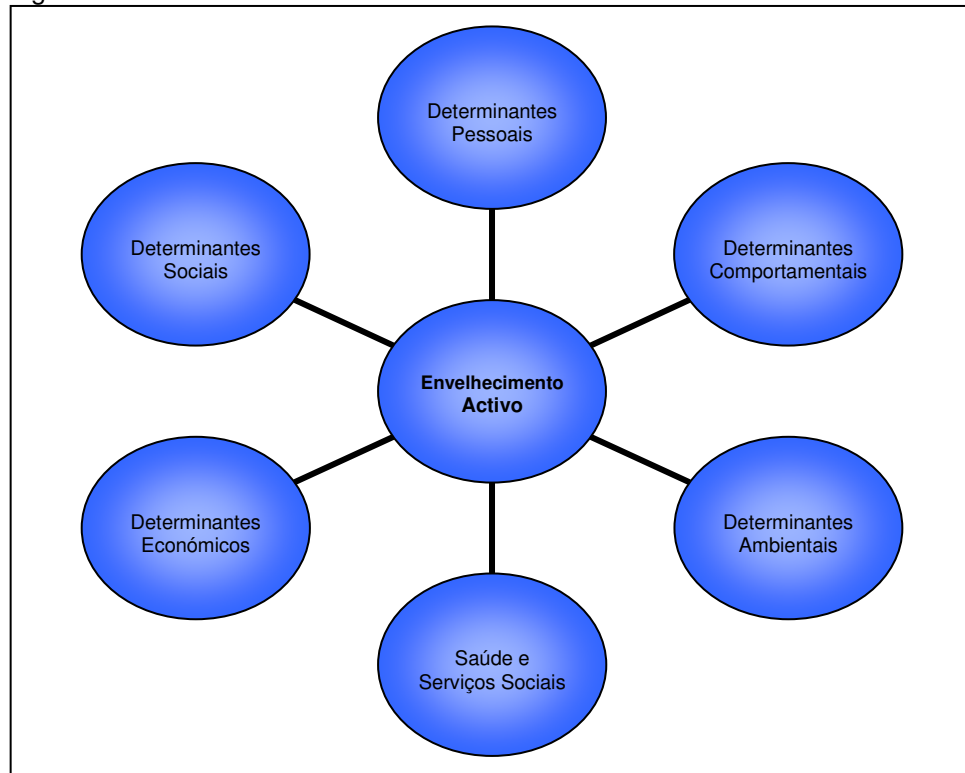


Fonte: Baltes e Baltes, 1990.

Estes e outros estudos terão estado na origem da mudança de paradigma tomada pela OMS quando, no final do século XX, substituiu o conceito de envelhecimento saudável pelo de *Envelhecimento Activo*. Tal procedimento terá tido o propósito de melhorar as oportunidades de saúde de todos os intervenientes mas, em particular, daqueles que se encontravam em idade mais avançada [*“Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people (WHO, 2002: 12).”* Surgia assim uma nova perspectiva que identificava os de “mais idade” como elementos, supostamente, mais integrados na sociedade. Essa terá sido uma das principais premissas na qual se baseou a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (WHO, 2002). No referido evento foram apontados como factores determinantes do envelhecimento activo: os factores pessoais, os factores sociais, a saúde e serviços sociais, os factores do meio físico, os factores económicos e os factores comportamentais (Figura 6). Na sequência deste movimento, também em Portugal, o Ministério da Saúde faz publicar o *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas* (DGS, 2004). Tendo como horizonte temporal o ano 2010, o referido programa “*Pretende contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo nas pessoas com 65 e mais anos de idade, assim como para a actuação sobre os determinantes da perda de autonomia e de independência*” (DGS, 2004: 14).

Figura 6 – Determinantes do envelhecimento activo

Determinantes do
Envelhecimento
Activo



Adap. WHO, 2002

Mais recentemente, a Comissão da União Europeia, no documento *Envelhecer com Saúde: um desafio para a Europa* (2007:6), refere que o “envelhecimento activo compreende aprender durante toda a vida, trabalhar mais tempo, aposentar-se mais tarde e mais gradualmente, sendo activos depois da aposentação e dedicar-se a actividades exercitantes e de manutenção da saúde”.

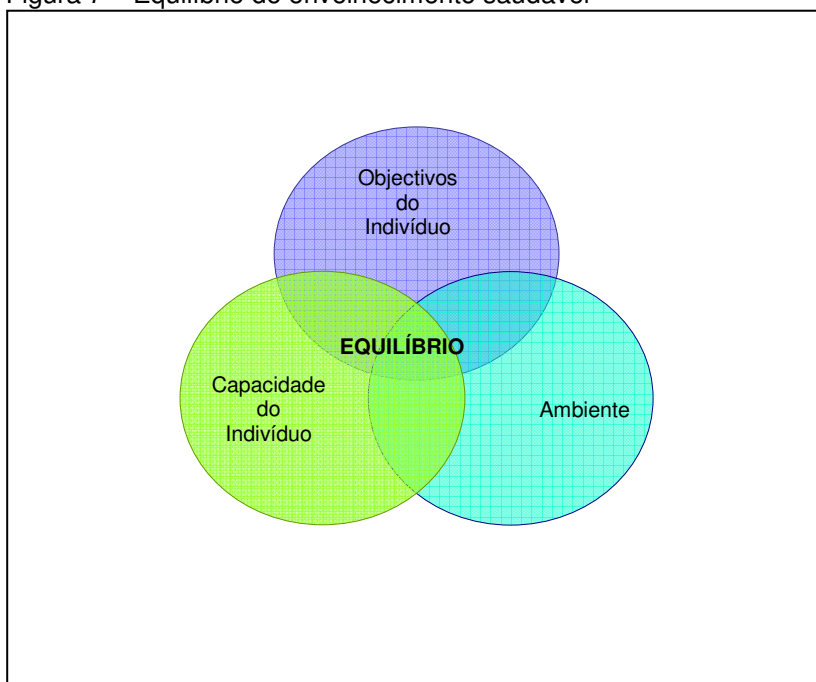
De uma forma sucinta poder-se-á então afirmar que o envelhecimento activo constitui um processo que envolve e preconiza a optimização das oportunidades em saúde, por meio da participação e segurança, de forma a proporcionar uma maior qualidade de vida à medida que as pessoas vão envelhecendo. Desta afirmação emerge a ideia de que o envelhecimento activo não é uma resultante exclusiva de “*low probability of disease, high functioning, and active engagement with life*” (Rowe e Kahan cit Morron-Howell et al, 2005:19).

Corroborando o constructo já anteriormente descrito, no qual ficou evidente que o envelhecimento abrange muitas outras dimensões que não apenas a do foro biofisiológico, dever-se-á considerar então que:

- Num contexto de envelhecimento activo, a qualidade de vida dos indivíduos não depende apenas do nível de saúde que detêm, mas, também, e de uma forma manifestamente determinadora, da capacidade de manutenção da autonomia (controlo), da independência [quer ao nível das actividades básicas de vida diária (AVD), quer ao nível das actividades instrumentais de vida diária (AIVD)], da valorização de competências e, ainda, do próprio incremento que efectuem nessa mesma qualidade de vida (Fonseca, 2004).

Na sequência desta perspectiva, assume-se então que o indivíduo tem um papel capital e decisivo no seu processo de envelhecimento, cuja promoção resulta do equilíbrio que estabelece entre os seus objectivos de vida, a sua capacidade em gerir os recursos e, ainda, da forma como se relaciona com o ambiente físico e social que o rodeia (Figura 7). Salienta-se, ainda, que este processo está igualmente dependente de uma vasta diversidade de outros factores “determinantes” que o envolve (ex. outros indivíduos, famílias, comunidades, culturas...) e que só da compreensão destes mesmos factores poderão resultar políticas e programas de promoção eficientes.

Figura 7 – Equilíbrio do envelhecimento saudável



Adap. EINO HEIKKINEN, 2006. (cit in Envelhecer com Saúde: um desafio para a Europa, 2007)

Passa-se, então, a descrever esses factores.

Aos factores pessoais são atribuídas as práticas adoptadas e a participação activa na preservação e/ou melhoria do estado de saúde (auto-cuidado), aspectos que se reconhecem como determinantes para um envelhecimento bem-sucedido. Neste âmbito, as crenças, a autonomia, a percepção de auto-eficácia, o *locus de controlo* e muitos outros factores que caracterizam o indivíduo, são decisórios. Neste sentido, a acessibilidade informativa e o esclarecimento profícuo que os serviços de saúde possam oferecer, determinam em grande medida a capacitação (*empowerment*) e a autonomia do indivíduo e esta, por sua vez, irá reflectir-se numa maior auto-realização (Ogden, 1999).

Alguns factores de índole psicológica exercem também a sua influência na forma como os indivíduos experienciam e se adaptam a determinadas situações de vida, decorrentes do processo de envelhecimento. Resultados de alguns estudos empíricos têm vindo a demonstrar que os indivíduos que melhor se prepararam para a velhice são os que se adaptam melhor à mudança, os que apresentam uma maior capacidade de ajustamento a situações novas e os que estão mais abertos a novos conhecimentos, novas técnicas e novas práticas [Lima e Galhardoni (2008); Wykle, Whitehouse e Morris (2005)].

Outros aspectos, inerentes à própria personalidade dos indivíduos, também são decisivos. Destacam-se neste âmbito as estratégias de *coping* que os mesmos possam apresentar para lidar com acontecimentos de vida problemáticos, stressantes ou de transição, sejam eles de carácter interno (ex.: estado de saúde, menopausa) ou de carácter externo (ex.: morte de um familiar, entrada na reforma, viuvez) (Fonseca, 2005). Muitas outras variáveis de índole psicológica poderão ser enunciadas como determinantes da forma como os indivíduos percebem e vivenciam o seu processo de envelhecimento (ex.: inteligência, personalidade, auto-conceito, percepção de auto-eficácia, motivação).

Um outro factor determinante para o desenvolvimento de um envelhecimento activo é o ambiente físico. A identificação com determinados espaços está habitualmente muito presente nos indivíduos envelhecidos e, quando estes faltam, com bastante frequência constituem fonte de dificuldade para os

mesmos. Objectos, sentimentos de pertença e alguns espaços de permanência constituem recordações de muitos anos, nos quais os indivíduos se continuam a rever e cujo afastamento origina invariavelmente a ocorrência de angústia, de perda e luto.

A preservação do ambiente social é igualmente importante quando se preconiza a promoção de um envelhecimento activo. A mudança de modelo familiar, operada nas últimas décadas, constitui uma das principais situações que expõe o indivíduo desta faixa etária a uma situação de risco (abandonado o modelo de família alargada, no qual conviviam três gerações, passou-se ao da família nuclear no qual os mais velhos passaram a ficar excluídos). Com o passar dos anos, também as micro-rupturas sociais (ex.: a aposentação, a perda de pessoas de referência) originam uma maior tendência para o isolamento e, deste modo, torna-se benéfico accionar o apoio social, as oportunidades de estimulação e os espaços de aprendizagem constantes. Neste domínio, pelas características que lhe são adjacentes, os ambientes rurais são geralmente os mais privilegiados em termos de promoção de um envelhecimento saudável. Porquê? Porque permanecem estáveis por muito mais tempo, apresentam um menor ritmo de vida, são detentores de uma maior estabilidade populacional (o que proporciona a manutenção de laços afectivos mais próximos e duradouros), facilitam a existência de um maior contacto interpessoal (uma maior rede de vizinhança dita um maior apoio prático, emocional e psicológico), concebem um maior sentimento de identidade (o sentimento de que se é conhecido) e propiciam uma maior rede de suporte social (família, amigos, vizinhos e outros), factores de protecção que são de veras importantes quando as competências começam a declinar.

A privação de recursos é também uma determinante no processo de envelhecimento que, quando não atempadamente detectada, poderá vir a desenvolver quadros de pobreza. Quando se fala de pobreza, não se faz apenas referência à escassez monetária, mas, igualmente, à de outros recursos que poderão chegar a afectar o domínio das necessidades básicas (tais como: alimentação, vestuário, habitação, transportes, comunicações, saúde, educação, cultura, participação na vida social e política).

Um conjunto de carências vão suscitando outras e com o passar do tempo podem tornar-se múltiplas, afectando eventualmente a personalidade de quem entra neste ciclo. Em consequência deste processo, modificam-se os hábitos, surgem novos comportamentos, alteram-se os valores, a capacidade de iniciativa e a auto-estima vão diminuindo e, conseqüentemente, poderão emergir fenómenos de isolamento ou até mesmo de “exclusão social”. Apenas para dar uma ideia: em Portugal, as estatísticas apontam que, entre as famílias que viviam em situação de pobreza, 56,1% eram famílias de pessoas em idade de reforma (INE, 1990). Este quadro poderá ter melhorado com as diversas medidas de solidariedade social que nos últimos anos foram implementadas no nosso país. Ainda assim, pelo elevado número de casos que se têm vindo a identificar nos serviços de saúde, tudo leva a crer que ainda é necessária muita intervenção neste domínio.

Pela filosofia da sua intervenção, os enfermeiros são os elementos da equipa de saúde que mais facilmente se apercebem destas carências. O motivo de tal percepção prende-se com o facto de serem os principais detentores de um conjunto de informação (ex. evolução do ciclo vital, relações que se estabelecem entre os seus elementos e com os sistemas envolventes) que, no âmbito do exercício das suas competências, não só lhes permite avaliar as reais necessidades dos indivíduos em matéria de saúde, mas também identificar de forma precoce os factores que possam por em causa o desejável equilíbrio da mesma.

Os serviços de saúde são ainda responsáveis pela facilitação de um envelhecimento activo quando programam e tornam acessível a vigilância regular de saúde, quando promovem a adopção de comportamentos saudáveis e quando motivam para o auto-cuidado eficiente. Mas, apesar desta sua atribuição, não conseguem contornar diversos factores que invariavelmente advêm com o envelhecimento (ex. patologia crónico-degenerativa) e que são igualmente grandes responsáveis pela forma como o envelhecimento é vivenciado.

Vulnerabilidade

O grau de vulnerabilidade que o indivíduo possa apresentar relativamente a diversos factores, não apenas individuais mas também colectivos e/ou contextuais, pode torná-lo mais frágil e/ou susceptível a um conjunto de

aspectos que venham a interferir no seu estado global de saúde (Ogden, 1999). Considerando-os interdependentes, Paúl (2007) refere que a vulnerabilidade se baseia nos seguintes oito factores: resíduos metabólicos, radicais livres e acumulações entrópicas; acidentes e “stressores” independentes da idade; doenças e incapacidade; ambiente físico (ex.: clima, altitude, poluição da água e do ar, radiações); ambiente social (ex.: família amigos cultura, religião, envolvimento de grupo, economia); estilo de vida (ex.: dieta, exercício, drogas, sono, actividade sexual, lazer, actividades de risco); experiência (ex. aprendizagem, sabedoria, comportamento adaptativo, emprego, rendimento); atitude e/ou perspectiva face à vida.

Independentemente desta condição de vulnerabilidade, é unanimemente aceite que envelhecer com défice de saúde poderá fazer diferença na qualidade de vida que o indivíduo possa vir a desenvolver. Afirma-se “poderá fazer” porque, alguns estudos revelam que *“Mesmo na presença de co-morbidades e diminuição da funcionalidade é possível identificar idosos que referem altos níveis de satisfação e boa qualidade de vida”* (Lima, Silva e Galhardoni; 2008: 796). Nesta perspectiva, a doença parece não ser condicionante obrigatória para que se percepcione uma vivencia de envelhecimento menos “bem-sucedido”. Em resultado de um estudo meta-analítico que realizam, Teixeira e Neri (2008:91) assumem esta premissa quando proferem *“O envelhecimento bem-sucedido aproxima-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objectividade da saúde física, expandindo-se em um continuum multidimensional. A ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças advindas do envelhecimento e condições associadas”*.

Desta forma se reitera a noção de que o envelhecimento bem-sucedido e a condição de bem-estar, a ela associada, não encontram uma única explicação em critérios de longevidade. Para além dos inúmeros factores objectivos anteriormente descritos, a sua avaliação deve incorporar uma variável relacionada com a dimensão inter e intra-subjectiva, deste mesmo conceito, que só os indivíduos e seus envolventes poderão determinar (Strawbridge, Wallhagen e Cohen; 2002). Não obstante esta subjectividade existem factores, comprovadamente estudados, que poderão promover um envelhecimento activo.

Os paradigmas do envelhecimento saudável, activo ou “bem-sucedido” têm em comum o facto de assumirem que o envelhecimento humano constitui um processo natural e contínuo, que ultrapassa os limiares da mera cronologia e, como tal, um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos, poderão determinar e/ou modificar da saúde dos indivíduos (Quadro 1). Nesta perspectiva, a promoção de um envelhecimento activo não é apenas uma responsabilidade individual, mas *“diz respeito a múltiplos sectores que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende”* (DGS, 2006:3).

A interdisciplinaridade leva a compreender a complexidade que o conceito “envelhecimento activo” encerra, em si próprio, e a razão pela qual não possa ser avaliado de forma indiscriminada. Estas são, aliás, algumas das proposições fundamentais da teoria salutogénica que, apontando no sentido de promover um envelhecimento “bem-sucedido”, prevê que as diferentes pessoas reajam de forma distinta a um mesmo acontecimento e que tão ou mais importante do que o conhecimento do resultado final (de uma intervenção em saúde) é saber se apresentam capacidade para mobilizar os seus recursos, no sentido de dar resposta favorável aos seus próprios objectivos de vida. Estes *“(...) objectivos são, efectivamente, um dos principais alicerces não apenas para a satisfação de vida, mas para a construção global de um envelhecimento bem sucedido”* (Fonseca, 2004: 146), construção essa que, de forma a não constituir uma perspectiva falaciosa de desenvolvimento, deve ser iniciada o mais precocemente possível.

Quadro 1 – Factores promotores de um envelhecimento activo

Perspectiva	Factores promotores	Contributos
Biomédica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alimentação saudável (fraccionada, rica em fibras, cálcio, ...) ▪ Manutenção de IMC recomendado (prevenindo a obesidade, risco cardiovascular, diabetes ...) ▪ Actividade física regular (manutenção do peso e da função cardíaco-respiratória, fortalecimento do sistema músculo-esquelético, ...) ▪ Ausência de consumos tóxicos (álcool, tabaco, drogas, auto-medicação) ▪ Redução de incapacidade ▪ Gestão do ritmo sono e vigília ▪ Vigilância de Saúde ▪ Diagnóstico precoce das patologias mais frequentes (HTA, diabetes, alzheimer, demência, depressão) 	<p>WHO (2002) Spirduso (2005) Souza (2005) DGS (2006) Veríssimo (2006, 2008)</p>
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preservar estilo de vida saudável (de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de condições patológicas inerentes ao próprio envelhecimento) ▪ Manter visão optimista da vida (pode ser uma forma efectiva de compensar as perdas que vão ocorrendo) ▪ Encorajar a adopção de soluções (individuais e sociais flexíveis e adaptadas a cada caso) ▪ Realizar actividades enriquecedoras sob o ponto de vista cognitivo e intelectual ▪ Recorrer a estratégias que visem a continuada resiliência do <i>self</i> (que facilitem e promovam a gestão do quotidiano com base num ajustamento à realidade) ▪ Prevenir o efeito das perdas (ex. pessoas, trabalho, estatuto) 	<p>Baltes e Baltes (1990) Fonseca (2004, 2005) Paúl (2007)</p>
Sociológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a participação social ▪ Cultivar e manter a integração em grupos sociais ▪ Prevenir o isolamento e a solidão ▪ Promover a protecção, a segurança e os cuidados (necessários à manutenção de independência) ▪ Facilitar a acessibilidade a bens e serviços ▪ Identificar precocemente situações de pobreza ▪ Preparar a família para o processo de envelhecimento ▪ Preparar a “entrada para a reforma” 	<p>Rodrigues e Terra(2004) Agostinho (2004) Quaresma (2004) Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004) Dool (2007)</p>
Ecológica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reabilitar (melhorar as condições) ▪ Requalificar (adaptar em função das necessidades e/ou capacidades) ▪ Restaurar (preservar ambiente de referência) ▪ Proteger contra a exposição tóxica (ex.: uso de EPI) 	<p>Carp (1984) Hawley (1996) Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004) Moen, Elder e Lücher (2001)</p>

Factores
 promotores do
 Envelhecimento
 Activo

2. IDADE ADULTA: UMA FASE DO CICLO VITAL

A idade adulta é a fase mais longa do ciclo vital humano, na qual o indivíduo é chamado a dar resposta a uma imensa panóplia de solicitações que resultam tanto do sistema interno, como do externo, a si próprio. Constitui um período de novas responsabilidades, de novos referenciais de existencialidade, de novas conquistas e de uma intensa e mais vasta procura daquele que era, até então, o seu projecto de existência (Lachman, 2001; Papalia e Olds, 2000). Caracteriza-se, igualmente, pelo alcançar de um nível de competência individual, nunca antes conseguido, que se manifesta por uma mais ampla capacidade de selecção e de controlo sobre as suas decisões de vida. Esta situação é de tal forma evidente que se considera que *“o adulto está activamente envolvido num processo de crescimento psicológico; constrói um projecto de vida, autorealiza-se e autodetermina-se; dotado de intencionalidade, na procura do sentido da sua vida”* (Bühler *apud* Vandenplas-Holper, 2000:141).

Definir “idade adulta” parece ser então uma tarefa complexa que implica a instrumentalização de variadíssimos factores (como sejam os biofisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, os ambientais e de muitos outros) que, directa ou indirectamente, poderão influenciar este processo de desenvolvimento. Requer, ainda, o conhecimento das múltiplas interacções que se estabelecem entre os referidos factores que, por serem sucedâneas a aprendizagens diversificadas e singulares, retratam situações únicas de viver a idade adulta. Neste contexto, questiona-se:

Como evolui a idade adulta?

Existirão diferentes períodos durante a idade adulta?

Kozier *et al* (1994: 688) são da opinião de que *“a idade em que uma pessoa se considera um adulto, depende de como se descreva este estadio”* e que, nesse mesmo estadio, poderão existir diferentes fases de desenvolvimento. As diversas teorias prevaletentes neste domínio partilham actualmente de idêntica perspectiva, quando assumem a existência de diferentes períodos de vivencia na idade adulta (Atkinson e Murray, 1989; Kozier *et al*, 1994; Mosquera,

1982). Esta diferenciação, em certa medida, poderá ser atribuída ao longo espaço de tempo que compreende esta fase do ciclo vital e também aos contextos socioculturais, nos quais os indivíduos se encontram inseridos e vivenciam a sua adultez

Mas se não existe qualquer dúvida no que diz respeito à diversidade da vivência da idade adulta, o mesmo já não sucede relativamente à sua delimitação cronológica. Não são unânimes as classificações atribuídas a este período em termos temporais. No entanto, tal não parece ser fundamental, uma vez que a idade adulta “(...) is an uncharted period in which chronological age does not seem to be a salient marker” (Lachman, 2001:4). Na base desta afirmação estará, muito provavelmente, o reconhecimento de este ser um período que é marcado por um desenvolvimento contínuo que origina a ocorrência de diferentes formas de se “ser adulto” e, desta forma, balizá-lo com exactidão, para além de ser difícil, torna-se totalmente desnecessário.

2.1. O INDIVÍDUO NA MEIA-IDADE

Uma idêntica perspectiva de indefinição é assumida quando se pretende estudar uma das fases mais imprecisas da idade adulta: a meia-idade. Para Fonseca (2004a: 39-40), *“A inexistência de uma opinião consensual relativamente às fronteiras da meia-idade estende-se à sua própria indefinição como categoria autónoma da idade adulta e/ou velhice”* e, como tal, *“(...)mais importante do que atribuir à meia-idade uma condição de “fase desenvolvimental específica” será, sem dúvida, encará-la como um período enclavado entre a condição plena de adulto e a percepção de estar-se efectivamente a envelhecer”*.

Caracterização da
Meia-Idade

Pode-se então considerar que este período do ciclo vital se faz acompanhar de uma tal ambiguidade que os resultados das investigações realizadas se tornam, por vezes, pouco unânimes. Bühler e Neugarten (*apud* Lachman, 2001) foram revolucionários nesta tarefa, quando defenderam que o desenvolvimento ocorrido na meia-idade não podia ser atribuído apenas à esfera biológica (cuja prevalência é essencialmente verificada em idades mais precoces), mas a toda uma constelação de factores de índole social, cultural e ambiental que o sustentam e medeiam em toda a sua manifestação.

Desta forma se compreende que o historial de acontecimentos e de experiências, pelas quais se tenha passado, faça com que a vivencia da meia-idade seja, simultaneamente, única e variável nos indivíduos a que se reporta. Única, porque cada indivíduo é exclusivo nas vivências que tem até ao atingir da meia-idade e variável, porque ao longo desse mesmo período as ditas vivências são inevitavelmente oscilatórias em termos de sucessos e insucessos e/ou de ganhos e perdas (Baltes, 1990). Nesta perspectiva, *“Midlife has been seen as a plateau, as a peak, and as a crisis”* (Lachman, 2001:10). Afirma-se tal porque, são diversos os fenómenos que, mais cedo ou mais tarde, acabam por ocorrer na vida destes indivíduos e que inevitavelmente interferem nos comportamentos que os mesmos adoptam nesta fase do ciclo vital (ex. menopausa, síndrome depressivo, entrada na reforma, *“empty nest”*⁴, ...).

Mas, *“If midlife is a time of challenge and potential stress (...), it is also a time of achievement”* (Lachman, 2001:10). Sentindo que atingiu o meio do seu percurso de vida (pelo menos a nível biológico), o indivíduo de uma forma mais ou menos consciente relembra todo o seu percurso e faz um balanço sobre os seus acontecimentos de vida. Decorrente deste procedimento ocorrem tomadas de decisão que até à data tinham sido proteladas (ex. passar a fazer exercício físico, deixar de fumar, dedicar mais tempo à família, conviver mais com os amigos, dedicar menos tempo ao trabalho, ...); por não lhe ter sido atribuída a devida relevância ou porque, agora, se confronta o potencial “horizonte de vida”. Ainda assim, tendo por base a teoria de Bühler, *“The period of midlife brings the consideration of the past and future into balance; the individual tries to use what has been learned in the past to promote future goal achievement and fulfilment”* (Lachman, 2001: 11) e, nesta perspectiva, todas as aprendizagens (sejam elas de carácter positivo ou negativo) deverão ser sempre entendidas como um investimento para o futuro.

A relevância desta constante aprendizagem constituiu um dos principais pressupostos nas quais assentaram as teorias apresentadas por Jung e Levinson (*apud* Lachman, 2001). Quando Jung considera a meia-idade *“as a turning point at which one gradually comes to realize that the values and ideals development earlier in life are not sufficient for moving through the second half of life”* (Lachman, 2001: 12) e quando Levinson refere que *“Midlife adulthood (...) is a time*

⁴ *Empty nest*, na tradução para a língua portuguesa “ninho vazio”, é a denominação atribuída à fase do ciclo vital da família caracterizada pela saída dos filhos de casa.

when men have often achieved (...) earlier goals, but are striving to find meaning in life more generally" (Lachman, 2001:12), os autores vêem esta fase do ciclo vital como sendo um período em que existe a necessidade de uma constante procura de equilíbrio. É desta contínua procura de equilíbrio, ocorrida nas diversas dimensões de vida, que resultam muitas das designadas "crises da meia-idade", vulgarmente atribuídas a esta faixa etária.

Mas será que estas crises existem, efectivamente?

Crise
versus
Desenvolvimento

Citando Davis, Fonseca (2004b: 41) refere que a *"crise da meia-idade" torna-se uma expressão ambígua dada a diversidade de interpretações que a expressão crise está sujeita, podendo significar ora "trauma", ora oportunidade, ora simplesmente "ponto de viragem"* e, assim sendo, esta parece não ser de todo a melhor forma para qualificar as mudanças que ocorrem neste período. Apesar de ser inegável a existência de alguma instabilidade interna, estas mudanças não têm de ser obrigatoriamente problemáticas ou necessariamente mais conflituosas do que outras que tenham ocorrido ao longo da vida destes indivíduos. Talvez o que se passe agora é que elas são multidimensionais, ocorrem numa fase de maior perplexidade e exigem um maior dispêndio de energia, para o qual não se estava preparado.

Contudo, independentemente de constituírem fonte de ganhos ou de perdas, as mudanças que ocorrem neste período *"(...) trazem consigo a necessidade de redefinir objectivos (que sejam realistas e adequados), de perceber qual o sentido que se pretende dar ao resto da vida (quais são as prioridades), de compreender quais as estratégias mais ajustadas para lidar com o stresse de agora em diante (maior flexibilidade e paciência) e de desenvolver competências que permitam ao individuo enfrentar com sucesso o dia-a-dia."* (Fonseca, 2004b: 41). Trata-se, por conseguinte, de um período de transição cujo sucesso depende em grande medida das circunstâncias individuais e dos recursos que os mesmos dispõem para lidar com estas mudanças, que não têm de estar obrigatoriamente relacionadas com a idade cronológica. Pelo contrário, segundo diversos autores (Bee, 1997; Papalaia e Olds, 2000; Neri, 2008), os indivíduos mais resilientes (isto é, com maior capacidade de se adaptarem de forma flexível e engenhosa a possíveis fontes de stress) têm maior chance de serem "bem-sucedidos" nesta e noutras fases da vida.

Nesta linha de pensamento, a ideia de mudança ocorrida na meia-idade deverá ser associada a percursos de desenvolvimento e de maturidade⁵, que em nada se assemelham a noções de crise ou de conflito.

Generatividade

À medida que este desenvolvimento se vai processando e o processo de maturidade passa a tornar-se cada vez mais consistente, outra característica afecta à meia-idade passa a evidenciar-se - a generatividade. Definindo-a como qualquer actividade que é motivada por uma preocupação pela geração seguinte, Erikson (*apud* Lachman, 2001:14) refere ainda que *“Through giving, or concern for the next generation, adults not only assist others or develop society, but are able to step outside their own concerns to expand their view of life beyond themselves and their own time.”*. Torna-se, então, uma tarefa da qual poderá resultar uma enorme satisfação e uma sensação de dever cumprido, geradora de uma elevada auto-estima e bem-estar. Podendo-se expressar através do ensino, da produtividade, do auto-desenvolvimento ou em outras esferas da vida, Neugarten (1996) defende que os indivíduos que não cumprem esta tarefa tornam-se abstraídos em si mesmos ou estagnados e, por conseguinte, poderão comprometer o seu processo de desenvolvimento.

Interioridade

Uma outra característica que envolve a meia-idade diz respeito à postura de introspecção que passa a ser característica da vida mental destes indivíduos. Se até ao momento a sensação de se estar no auge da vida e a adopção de julgamentos inquestionáveis eram práticas comuns, agora, muitas das vezes estas fazem-se acompanhar de uma sensação de vulnerabilidade ocasionada por uma consciência de finitude (ex. presenciamento de morte de pares) ou por uma certa impotência em determinar certas decisões (ex. saída dos filhos de casa, ser avô). Neugarten (1996) foi um dos primeiros teóricos a defender a existência deste comportamento, tendo-o denominado por introspecção de *interioridade*. Partilhando de idêntica opinião, Jung (*apud* Lachman, 2001) chega mesmo a afirmar que um desenvolvimento saudável, na meia-idade, exige que as pessoas passem a

⁵ “(...) designa um momento de culminância biológica, psicológica ou social do ciclo de vida em que o indivíduo exhibe as estruturas ou os comportamentos esperados para a sua idade. No campo do desenvolvimento do adulto e idoso, o termo maturidade é usado principalmente com três sentidos relacionados: cumprimento de normas etárias de que o grupo dispõe (...); alcance de uma qualidade ou virtude do ego (...); indicador de saúde mental positiva (...)” (Neri, 2008: 126)

preocupar-se mais com os seus valores internos e espirituais. Ilustra esta sua crença dando como exemplo o facto de algumas tarefas, até à data realizadas, passarem a ser executadas de maneira diferente porque as circunstâncias e os contextos assim o exigem (ex.: o facto de já não ter a mesma resistência física que tinha em idade mais jovem levando a reconhecer uma diminuição das suas capacidades). Nesta mesma perspectiva, o autor acrescenta ainda que ao exigir uma revisão de todas as tarefas e compromissos até então assumidos, esta introspecção pode ser perturbadora uma vez que origina a ocorrência de uma temporária perda de referências.

No que se reporta à espiritualidade⁶, alguns autores (Bee, 1997; Lachman, 2001; Neri, 2008; Papalia e Olds, 2000) defendem que é na meia-idade (em pleno estadio de maturidade exigido pelo momento) que se inicia ou desenvolve uma nova fase espiritual da vida. Segundo os mesmos autores, o desenvolvimento desta dimensão parece não estar obrigatoriamente vinculado à diminuição do potencial biológico, mas a outras variáveis subtis mais ligadas ao foro psicológico, na qual se experimenta um aumento da consciência do “eu” e, conseqüentemente, um “crescimento espiritual”. Ainda relativamente à espiritualidade, independentemente de estar ou não ligada à religiosidade, Neri (2008) considera que um aspecto importante desta variável é o facto de ela interferir em grande medida na sensação de bem-estar dos indivíduos e, assim sendo, dever ser levada em linha de conta quando se estuda a meia-idade.

Decorrente da maior consciência do “eu” e da prevalência de uma maior interioridade, anteriormente proferida, algumas questões assolam estes indivíduos: “O que fiz até hoje?”, “O que vou fazer no futuro?”. Estas continuam a base de algumas reflexões internas que com alguma frequência realizam e que permitem efectuar uma auto-avaliação do processo de desenvolvimento atingido até ao momento. Mas outras questões se colocam, estas precipitadas por um «*“julgamento externo que pode contribuir para “antecipar ou “atrasar” a percepção pessoal de pertença ao grupo dos que estão na meia-idade, percepção essa que, por sua vez, afectará o modo como este período poderá ser encarado e vivenciado”*» (Fonseca, 2004b: 39).

⁶ Segundo a OMS (1998) a “*espiritualidade é o conjunto de todas as emoções e convicções de natureza não material que pressupõem que há mais no viver do que se pode ser percebido ou plenamente compreendido, remetendo o indivíduo a questões como o significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma crença ou prática religiosa*” (Nery, 2008:71)

Neste sentido, os contextos nos quais o indivíduo vivencia o seu processo de envelhecimento poderão ser determinantes para uma meia-idade “bem-sucedida” e serão tão mais determinantes se esta influência externa se sobrepuser à interna. Prevenindo tal situação, o indivíduo deverá ser elucidado sobre os diversos fenómenos que ocorrem durante esta fase do seu ciclo vital e, mesmo sabendo que eles são singulares e únicos, ir-se preparando para uma construção gradual que o ajude a tirar o melhor proveito deste período da sua vida.

São muito diversos os contextos nos quais se poderá descrever o desenvolvimento da meia-idade e, decorrente destes, a variabilidade classificativa poderá ser díspar. Um dos mais frequentemente utilizados para efectuar esta descrição é o biológico. Reconhece-se, porém, que este é um indicador cada vez mais enganoso; não apenas devido à evolução genética mas também, e essencialmente, pela melhoria de estilos de vida e pelo recurso à prática de cuidados e de cirurgia estética, cada vez mais frequentemente adoptados pelos indivíduos (Papalia e Olds, 2000; Veríssimo, 2008). Ainda assim, os indicadores de saúde não oferecem dúvidas relativamente ao decréscimo de qualidade de saúde que se verifica nesta fase do ciclo vital. Apesar da dificuldade de diagnóstico, a maior incidência de casos de hipertensão arterial, de diabetes *mellitus* tipo 2 e de doença cardiovascular ocorre precisamente neste período (Veríssimo, 2008).

O género, na perspectiva de Amâncio (1994), poderá igualmente fazer a diferença na forma como a sociedade classifica a meia-idade, não por questões de diferenciação biológica em si mesma, mas pelos comportamentos e determinismos sociais que lhe são atribuídos nas diversas culturas em que se inserem. Tal como em outras fases do ciclo vital, ser homem na meia-idade difere de se ser mulher. Os contextos laborais, as responsabilidades, as actividades e muitas outras tarefas a que ambos os géneros são expostos são muito diferentes e, dependendo de outras variáveis e contextos, exigem diferentes respostas destes indivíduos. Estas mesmas respostas condicionam, inevitavelmente, a vivencia da meia-idade (Clausen, 2001).

A fase do ciclo vital da família tem sido outra das formas de caracterizar a idade adulta. Habitualmente associada à saída dos filhos (para estudar, casar ou simplesmente porque se querem tornar independentes) e/ou pela entrada dos pais (por questões de doença, perda de autonomia, dificuldade económica ou outras), também esta abordagem classificativa tem vindo a perder a sua relevância, pelas novas formas de organização familiar que na actualidade têm vindo a surgir (Stanhope, 1999; Wright e Leahey, 2005).

A idade cronológica, conforme já anteriormente proferida, parece não ser também totalmente consensual. Citando Neugarten e Datan, Fonseca (2004b) refere que a meia-idade constitui o período que decorre entre os 40 e os 60/65 anos mas que, dependendo dos contextos, pode ser alargado para o intervalo dos 30 aos 60 anos ou reduzido a uma década apenas dos 40 aos 50 anos. Para este autor, alguns acontecimentos de natureza biológica (ex.: climatério, doenças crónicas) e social (ex.: topo da carreira profissional, saída dos filhos de casa, ser avô, reforma, viuvez), poderão ser outros indiciadores de se estar a viver em plena meia-idade. No que se reporta ao limite da meia-idade, as opiniões parecem ser igualmente divergentes. Durante vários anos, diversos autores atribuíram o final deste estadió à idade cronológica de 65 anos e à entrada na reforma. Mas, pelo anteriormente exposto, atingir os sessenta e cinco anos parece não passar de uma mera demarcação classificativa que auxilia na organização político-administrativa das sociedades contemporâneas. Se, se tiver em consideração que existem casos de cessação laboral precoce (ex. reforma antecipada por motivos de saúde ou por mútuo acordo, desemprego prolongado), que alguns indivíduos só deixam de trabalhar quando a sua capacidade assim o determina (ex. donas de casa, empresários), e que, mesmo naqueles que atingiram os requisitos legais de entrada na reforma (tempo de serviço + idade limite), alguns ainda mantêm a sua actividade laboral, considera-se então que esta não constitui um indicador verosímil do *terminus* da meia-idade.

Mas ainda que de limitação incerta, na meia-idade muito provavelmente o indivíduo já alcançou alguns dos seus principais objectivos de vida: família constituída em pelo menos duas gerações, auge da carreira profissional, casa completamente equipada e muitos outros (Bee, 1997; Fonseca, 2004; Mosquera,

1987; Papalia e Olds, 2000). Mais do que isso, tendo *“experiência suficiente para ter adquirido um bom julgamento e uma aceitação madura dos altos e baixos da vida”* (Papalia e Olds; 2000:432), o indivíduo tem agora condições para fazer uma revisão sobre aquele que foi o seu percurso de vida até ao momento e realizar projectos para o futuro.

Fonseca (2004b:40) considera a meia-idade uma das fases decisórias para a qualidade de vida que se pretende vir a ter no restante ciclo de vida, isto porque é a *“fase em que se “lançam as bases” para o tipo de pessoa que desejamos ser no futuro e para aquilo que pretendemos “fazer a seguir”, com tudo o que isso implica no que respeita à abertura a novas experiências e actividades, à vontade de manter vivo o desejo de estabelecimento de contacto sociais, à curiosidade mental, à disponibilidade para aceitar acontecimentos inesperados, à consideração de novos objectivos desenvolvimentais agora que os anteriores estão alcançados ou tornam-se menos prioritários (como educar filhos ou subir na carreira), à mudança de papéis, à adopção de novos comportamentos, etc., procurando em tudo isto atingir tanta ou mais satisfação do que nos anos já vividos anteriormente.”*

No entanto, por ser repleta de situações que originam sentimentos, manifestações, atitudes e comportamentos de alguma ambivalência, esta parece ser uma das fases do ciclo vital mais paradoxais em termos de satisfação para os indivíduos. *“O paradoxo mais óbvio situa-se na justaposição de níveis elevados de satisfação conjugal e profissional, com uma crescente percepção de declínio físico* (Bee, 1997:510). Conjugalmente e profissionalmente, mesmo que não em plena satisfação, as relações com estes dois sistemas parecem encontrar agora o equilíbrio que gera alguma estabilidade aos indivíduos. Mas, no que se reporta ao aspecto físico, por muitos cuidados que se tenha tido ao longo da vida, a idade cronológica passa então a ser incontornável e o envelhecimento biofisiológico, mais cedo ou mais tarde, teima em se instalar. Resultante deste envelhecimento, Mosquera (1987:sp) defende que *“o construto da imagem corporal que cada pessoa vai vivenciar ao longo do seu desenvolvimento, torna-o único, e assenta nas suas características físicas, na sua diversidade de construção e acção e é definitivamente influenciado pelas suas idiossincrasias emocionais e psicológicas. Mas em tudo, o ser humano é subjectividade e é diversidade. É perceptível que em várias etapas da vida adulta, as transformações biológicas acabam interferindo, ou mesmo determinando, as mudanças psicológicas de cada indivíduo e vice-versa”*.

Efectivamente, as alterações orgânicas do envelhecimento, já anteriormente descritas, serão pouco abonatórias para uma percepção positiva da auto-imagem. Mas, se a dimensão psicológica do indivíduo se mantiver devidamente preservada, a baixa auto-estima dificilmente contribuirá para este ciclo se observe.

Um outro paradoxo, também apresentado por Bee (1997), está relacionado com o facto de nesta fase se verificar uma perda de coesão entre os papéis familiares e profissionais anteriormente assumidos e, em oposição, passarem a ser adoptados novos papéis sobre os quais pouco controlo pessoal o indivíduo consegue exercer. Tal situação explica, de certa forma, a razão pela qual a dita “*geração de comando*” (Papalia e Olds, 2000: 432), que até à data assumia a coordenação de grande parte do ambiente sistémico envolvente (ex.: sistema familiar, laboral), passa a ver limitadas algumas das funções e competências que detinha no passado, por estar fora do seu alcance o controlo de determinados fenómenos (ex.: saída dos filhos de casa, “entrada na reforma”).

Outro fenómeno que ocorre frequentemente na meia-idade e que está na origem da designação “*geração sanduíche*”, que também lhe é atribuída, prende-se com o facto de num mesmo estadio de vida, estes indivíduos se verem sujeitos a cuidar simultaneamente de duas gerações limite (netos e pais). Este quadro poderá tornar-se ainda mais complexo se, se tiver em conta que em algumas das actuais estruturas familiares (ex. famílias reconstituídas, famílias de primeiro casamento tardio), o nascimento dos filhos decorre da relação de progenitores com idade cada vez mais avançada (Alarcão, 2000; Stanhope e Lancaster, 1999; Wright e Leahey, 2005), passando assim a ser tri-direccionado o alvo de cuidados destes indivíduos. Paralelamente a esta exigência e sendo conhecido que nesta faixa etária se verifica um aumento significativo da incidência de patologia crónica (Veríssimo, 2008), que determina uma necessária e imprescindível adopção de cuidados específicos de saúde: parece estar-se, então, na presença de mais um paradoxo que interfere não apenas na vida individual, mas também, e de forma determinante, na vida familiar.

A vivencia da meia-idade é também acompanhada por uma constante preocupação pelas questões laborais. Neste contexto “*a atitude face ao trabalho*

varia de pessoa para pessoa e esta variação é importante para perceber bem o impacto do que significa ser ou não promovido a um lugar de chefia, ficar subitamente desempregado ou ser sujeito a uma reforma antecipada” (Fonseca, 2004a: 39). As questões socio-económicas que advêm de qualquer um dos anteriores estatutos são igualmente determinantes para a forma como se encara esta fase do ciclo vital e muitas das vezes, pela angústia que geram, podem mesmo vir a constituir fonte de resposta patológica por parte dos indivíduos. Ainda assim, quando devidamente preparada, a aposentação poderá resultar em mais valia para a saúde indivíduos, pelo maior espaço que lhes permite no âmbito das ocupações socioculturais. Nestes indivíduos, um desejo intrínseco de se ser reconhecido por tudo o que se realizou ou que se percebe capaz de realizar, leva a que se torne evidente a necessidade de dar um novo significado a todas as condutas sociais, bem como a procurar novos significados de vida pessoal (Antunes, 2007). Acrescendo às anteriores as motivações externas (ex.: amigos, instituições e outras), é interessante verificar como muitos indivíduos, só na meia-idade, descobrem alguns dos seus talentos e se dedicam a actividades que lhes proporcionam uma qualidade de vida que até à data não tinham tido oportunidade (ex.: voluntariado, prática de exercício físico).

Um outro aspecto bastante interessante e deveras importante na forma como o indivíduo se assume e identifica como estando a passar pela fase da meia-idade é a forma como sente que os outros o vêem a vivenciar essa mesma fase (julgamento externo). *“Este julgamento externo pode contribuir para “antecipar” ou “atrasar” a percepção pessoal de pertença ao grupo da meia-idade*” (Fonseca, 2004b: 39), isto é, a forma como o indivíduo encara os anos da meia-idade influencia necessariamente a forma como a vive. *“Distinguir-se no social com responsabilidades, com direitos e deveres, com necessidade de partilhar desejos e novas conquistas*” (Santos e Antunes, 2007: 150) será, sem dúvida, uma das melhores formas de vivenciar a meia-idade. Nesta perspectiva, a maior e contínua capacitação dos indivíduos relativamente aos fenómenos que ocorrem na meia-idade (*empowerment*), torna-se determinante e proporciona um terreno favorável à construção de uma nova estrutura de vida (pela revisão e reavaliação dos padrões de compreensão de si mesmo e dos outros relativamente a dimensões relacionadas com autonomia-dependência, saúde-doença, novo-velho e outras).

Quadro 2 – Síntese dos principais acontecimentos ocorridos na meia-idade.

Áreas	Idade					
	40	45	50	55	60	65
Físico	Perda de visão Declínio aeróbio Alteração cutânea Retardamento do SNC		Menopausa nas mulheres Descalcificação Perda de tecido muscular		Aumento da perda auditiva Diminuição da resistência física	
Cognitiva	Aumento do QI por volta dos 50, 55 anos, posteriormente declínio gradativo Perda antecipada das habilidades menos praticadas					
Personalidade	Generatividade Auge da individualidade, Segurança e confiança			Ego versus Desespero Abrandamento Declínio		
Relações Sociais	Família	Ninho vazio: último filho sai de casa Assume papel de avô Provedor de cuidados dos pais Assume papel de pai de filhos recém nascidos				
	Trabalho	Auge da carreira profissional		Estagnação profissional		Preparação para a reforma
	Sociedade	Auge das relações sociais				Início do declínio das relações sociais

Fonte: Bee (1997)

2.2. A FAMÍLIA NA MEIA-IDADE

De idêntica forma à que sucede com os indivíduos que a constituem, também as famílias apresentam um ciclo vital, cujo desenvolvimento se torna alvo de estudo. Várias teorias e classificações têm sido descritas no intuito de caracterizar este processo (Duval, 1997; Friedman, 1992; McGoldrick, 1995; Relvas, 2000; Stanhope, 1999). Contudo, se de uma forma geral esta tarefa não se apresenta de fácil realização, mais dificultada se torna à medida que as famílias vão envelhecendo. É o que sucede com aquelas que se encontram na meia-idade e que, pelo longo trajecto de existência, pela considerável história de desenvolvimento e pela profusão de estruturas e de rede de relações (internas e externas) que vão assumindo, se revestem de uma crescente complexidade. Acrescendo a esta percepção o facto das famílias não serem todas iguais, de todas as suas vivências serem diferentes e de este ser um período que se manifesta por alguma perturbação familiar, mais delicado se torna ainda este processo de caracterização. Diversos anos de vivência conjunta, múltiplas saídas e entradas no sistema, reestruturações familiares, perdas e ganhos expressivos, alteração dos papéis inter-geracionais e inter-organizacionais e

Caracterização da
família na
Meia-Idade

transformações relacionais significativas, são algumas das muitas solicitações a que estão expostas as famílias nesta fase do ciclo vital.

Viver com estas e/ou com outras exigências torna-se um desafio diário, no qual a qualidade relacional estabelecida entre os seus membros se torna crucial para uma vivência equilibrada e saudável (Brubaker, 1990). É com o objectivo de promover este equilíbrio que os profissionais de saúde desenvolvem as suas práticas. Mas, para que este seja exequível, torna-se imprescindível obter uma maior compreensão da complexidade dos referidos fenómenos. Neste sentido, questiona-se, então:

Como se caracteriza a família na meia-idade?

Cronologia

Antes de tecer qualquer tipo de consideração, torna-se necessário efectuar um esclarecimento acerca da ambiguidade que a idade cronológica poderá assumir nesta fase do ciclo vital das famílias. É certo que existem alguns eventos cujo desenvolvimento ocorre maioritariamente neste período de vida das famílias. Porém, “[...] *chronological age is not a reliable indicator, because individual and families do not experience life events at the same chronological age*” (Brubaker, 1990:14). Esta dissonância talvez encontre a sua justificativa no facto de a grande maioria das vivências das famílias não serem predeterminadas e, como tal, determinadas funções e tarefas não decorrem propriamente da fase do ciclo vital em que se encontram, mas da resposta que os seus elementos conferem aos estímulos e solicitações que lhe são dirigidos. Alguns exemplos ilustrativos desta afirmação são: nem todos os indivíduos, membros destas famílias, se aposentarem numa mesma idade (ainda que exista uma idade legislada para tal); nem todos os casais passarem a viver sozinhos neste estadio, uma vez que os filhos, ainda que em idade adulta, possam continuar a permanecer no seu lar ou, simplesmente, porque ao longo da sua vida conjugal o casal não teve filhos [não deixando, por isso, de constituir uma família na meia-idade (Ribeiro, 2005)].

Ainda relativamente à cronologia, será importante referir que no actual quadro social este constitui um dos estadios mais longos do ciclo vital. Ribeiro (2005:58) comenta este facto da seguinte forma: “*Dois grandes alterações demográficas – o aumento da esperança de vida e a redução do número de filhos – justificam que esta*

fase se tenha tornado a mais longa do ciclo de vida familiar, costumando decorrer, no que se refere à idade dos membros do casal, mais ou menos entre os 45 e os 65 anos”.

Um outro aspecto importante, a ter em linha de conta na caracterização das famílias de meia-idade, é a heterogeneidade que elas podem assumir. Podendo variar em termos de tamanho, de composição e em antecedentes, nenhuma família nesta fase do ciclo vital será, em consequência, igual a qualquer uma outra. De certo, será distinto vivenciar um estadio de meia-idade quando as famílias se constituem e têm filhos em idade mais precoce (ocasionando uma multigeracionalidade diferente das que se formam e têm filhos mais tardiamente), quando a composição familiar é mais restrita (levando à existência de uma menor rede de suporte intra-familiar que dê resposta às diversas tarefas e funções que lhe possam ser solicitadas) ou quando os antecedentes são menos diversificados (repercutindo-se numa mais dificultada capacidade de gerir novas situações).

Heterogeneidade

Se, à anterior descrição, se aditar o facto de cada família se reger por um quadro muito próprio de princípios, valores e de formas de relacionamento com os diversos sistemas envolventes; uma vez mais se confirma a singularidade que as famílias na meia-idade podem assumir.

Singularidade

Um outro aspecto que caracteriza a família num estadio de meia-idade é o facto das relações entre os seus elementos se tornarem gradualmente mais complexas. O inter cruzamento de gerações intra-familiares (intergeracionalidade), por si só, já contribui para esta complexidade, mas quando a mesma se verifica com outros múltiplos sistemas envolventes, mais difícil se apresenta a gestão desta emergente rede de relações.

Intergeracionalidade

Apesar desta diversidade, *“Later-life families have a number of unique characteristics that are important to researchers and practitioners”* (Brubaker, 1990:15) e, estas, poderão ser bastante úteis quando se pretende realizar qualquer tipo de intervenção com estas famílias. E, ainda que não haja unanimidade em termos classificativos, diversos autores apontam para a existência de um conjunto de características comuns nas famílias que se encontram neste estadio de desenvolvimento (Quadro 3).

Funções e tarefas de desenvolvimento nas famílias de Meia-idade

Quadro 3 – Funções e tarefas de desenvolvimento nas famílias na meia-idade

Autor	Funções e Tarefas	Estadio do ciclo vital da família
Duval e Miller (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstrução da relação de casal; • Redefinição das relações com as gerações mais velhas e mais novas. 	7º Estadio Casal na meia-idade ("ninho vazio"/reforma)
Friedman (1992)	<ul style="list-style-type: none"> • Reforço da relação familiar; • Manutenção da relação com pais e filhos; • Promover ambiente saudável; • Cultivar actividades e tempos livres. 	7º Estadio Família de meia-idade
McGoldrick (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação de múltiplas entradas e saídas no sistema; • Renegociação do subsistema conjugal como díade; • Desenvolvimento de relações adulto-adulto, entre os jovens e os pais; • Realinhamento de relações para incluir os parentes por afinidade e os netos; • Necessidade de lidar com as incapacidades e morte dos pais (avós). 	5º Estadio Saída dos filhos

Fonte: Alarcão, 2006; Hanson, 2005; Relvas, 2000; Stanhope e Lancaster, 1999.

De uma maneira geral, estas características são resultantes dos processos de vida que, sequencialmente, se espera que ocorram nas famílias que se encontram nesta fase do ciclo vital. No entanto, também estas, pelos percursos e opções que vão tomando ao longo da vida, poderão interferir nestes mesmos processos, fazendo com que certos papéis, funções e tarefas sejam antecipados, adiados ou, simplesmente, não se venham a verificar (Stanhope, 1999). É o que sucede quando se verifica uma ruptura conjugal, um novo casamento, um diagnóstico de infertilidade, uma reforma antecipada ou muitos outros processos que no início de vida não seriam esperados.

Sub-sistema Conjugual

Contudo, na meia-idade, o subsistema conjugal constitui o protagonista da família e, ainda que se tenham vindo a verificar variadíssimas transformações ao longo das épocas (Referência 4), é neste que efectivamente se centra toda a dinâmica desta fase do desenvolvimento familiar (Duval, 1997; Friedman, 1992; McGoldrick, 1995; Relvas, 2000; Ribeiro, 2005; Stanhope, 1999).

Referência 4 – Evolução do subsistema conjugal nas últimas décadas

O adiamento e a diminuição do número de casamentos, o aumento do número de divórcios e de separações, o incremento do número de mulheres que passaram a trabalhar fora de casa, a mudança do estatuto legalmente atribuído ao elemento masculino do casal, o adiamento e a diminuição do número de filhos, e muitos outros, têm sido factores influentes na forma como as famílias de meia-idade nos surgem na actualidade.

Se há algumas décadas, casar e ter filhos era um objectivo e condição essencial para se ser tido como evidente em sociedade [particularmente para as mulheres cujo papel era o de ser dona de casa (Torres *et al*, 2005)], actualmente esta premissa deixou de ser relevante ou prioridade para os mais jovens. Dando a prioridade ao desenvolvimento pessoal, à carreira profissional, à autonomia financeira e/ou a outras preferências, os jovens adultos tendem a adiar cada vez mais esta decisão. Decorrente desta postura, a média de idade de casamento é cada vez mais tardia e mais tardia se torna a decisão de iniciar uma primeira gestação.

Desta forma, as antigas famílias alargadas e multigeracionais (que no passado poderiam comportar entre quatro e cinco gerações) tornam-se cada vez mais exíguas e com uma maior amplitude de idades entre gerações e deste quadro resulta uma menor capacidade de inter-ajuda entre os seus elementos (nomeadamente entre avós e netos) e, quando existe uma quarta geração, uma dificuldade acrescida para o casal de meia-idade. Cuidar simultaneamente de pais e netos não é efectivamente a melhor condição para um casal que está a envelhecer, que começa a sentir alguns sinais e sintomas de desgaste biofisiológico e que procura agora algum tempo de descanso, quando se avista ou já se está em pleno período de reforma.

Mas outros fenómenos fizeram mudar o perfil das actuais famílias em meia-idade. A maior liberdade e expressividade individual associada a uma mudança de valores, a uma menor tolerância relacional e a uma maior desvalorização da opinião social, parecem ter estado na base do crescente número de divórcios que se foram verificaram nas últimas décadas. A este respeito e citando os dados estatísticos 2002, Ribeiro (2005: 58) refere que *“Em Portugal, a média dos divórcios dos dois últimos anos (...) No que se refere à duração do casamento dissolvido por divórcio (...) Os divórcios de casamentos com 25 anos ou mais anos aumentaram, passando de 13%, em 1992, para 15,5%, em 2001. Nos casais com filhos, a frequência dos divórcios vai diminuindo à medida que o número de filhos vai aumentando”*.

Relativamente ao facto da mulher ter passado a trabalhar fora de casa, tal originou uma dualidade de sentimentos. Se por um lado trouxe vantagens em termos de emancipação da mulher no casal e melhoria económica para a família, por outro, e particularmente nas estruturas familiares mais antigas, potencializou um menor protagonismo do homem enquanto detentor exclusivo do poder económico e originou uma maior sobrecarga de papéis para a mulher (Torres *et al*, 2005).

Brubaker (1990:27) refere que na meia-idade, “... *the marital couple deals with changes related to retirement, finances, physical health, leisure time, residence, distribution of power, and loss of friends and siblings*”. Ainda assim, algumas outras alterações operadas neste estadio familiar parecem ser da maior relevância e, como tal, devem ser particularmente consideradas. Efectivamente, nesta fase do ciclo vital o casal é chamado a dar resposta a um inúmero conjunto transformações operadas na sua estrutura familiar que definitivamente se repercutem no seu funcionamento. A saída dos filhos, a chegada dos netos, a entrada dos pais dependentes e o reajustamento de papéis, são alguns exemplos ilustrativos destas transformações.

Ninho vazio
(Empty nest)

Diversos teóricos (Duval e Miller, 1985; McGoldrick e Carter, 1995) apelidam este estadio por “*ninho vazio*”, dado ser neste que habitualmente se verifica a saída dos filhos de casa. Ocorrendo na maioria dos casos numa primeira fase do estadio da família na meia-idade, os filhos (jovens-adultos), independentemente de constituírem ou não a sua própria família, procuram agora a sua autonomia e passam a interagir de forma diferente com aquele que foi, até então, o seu sistema familiar de origem. Ainda que esta saída possa não ser definitiva, uma vez que muitas vezes os filhos continuam a frequentar a casa dos pais com bastante regularidade (ex. a ir almoçar diariamente, a solicitar algumas ajudas domésticas), agora, “*Parents need to develop an ability to tolerate separation and the increasing independence of young adults while remaining connected to them*” (Bomar, 2004: 489). Simultaneamente a este processo, verifica-se que “*por vezes, a saída dos filhos coincide com a reforma dos pais*” (Ribeiro, 2005:59). O subsistema conjugal passa, desta forma, a permanecer mais tempo junto e sozinho (Alarcão, 2006; Bomar, 2004; Hanson, 2005; Ribeiro, 2005), situação que se poderá repercutir de diferente modo nos casais. Se para alguns “*esta fase poderá ser vivida como um período de desconstracção, de plenitude ou como uma segunda oportunidade para consolidar ou expandir novos caminhos e papéis; para outros significará um tempo de perturbação (conflitos, divórcio), um tempo de vazio (sem os filhos para preencher a vida), um tempo de decadência (doença, enfrentar as suas próprias limitações e a morte dos mais idosos)*” (Ribeiro, 2005).

Porém, conforme já anteriormente proferido, a história familiar poderá adoptar outras formas e/ou contextos desenvolvimentais e ao longo da vivencia de um

estadio de meia-idade, aquela que era uma família denominada por *ninho vazio* vê-se frequentemente sujeita a um alargamento. Considere-se, como exemplo, a situação da “saída dos filhos”. Num primeiro momento, esta saída poderá parecer um sinónimo de perda para o sistema familiar de origem. No entanto, com a continuidade, o que se verifica na grande maioria dos casos é que esta saída resulta na entrada de vários novos elementos para a família. A “adoção” de novos parentes por afinidade (ex.: noras, genros, parceiros) e o nascimento dos netos (decorrentes das novas famílias constituídas pelos filhos), são algumas das entradas que vêm alargar o espaço relacional que a família detinha, até então. Neste mesmo contexto, se contemplarmos ainda os casos em que se verifica o retorno dos filhos à casa dos pais (*re-nesting*), situação essa que poderá ser consequente à vivência de dificuldades económicas, motivos de trabalho ou divórcio por parte dos mesmos (Bomar, 2005), mais uma vez se vê alargado o sistema da família na meia-idade. Ainda, numa perspectiva de envelhecimento familiar, se tivermos em linha de conta de que neste mesmo estadio se poderá verificar a entrada dos pais idosos (ex.: avós e outros familiares que se tornam agora dependentes e que necessitam dos cuidados dos seus filhos), mais alargado se torna ainda o sistema familiar.

Entradas e re-
entradas na família
(*Becoming
and
Re-nesting*)

Com estas movimentações, o envolvimento com outros sistemas (ex.: infantários, centros de dia, lares), o contacto com outras realidades sociais (ex.: costumes, culturas, rituais) e a reorientação para outros focos de atenção (ex.: cuidar dos netos e/ou dos avós), tornam-se agora mais frequentes e a família, mais especificamente o sub-sistema conjugal, necessita de aumentar a sua plasticidade através de uma revisão e adaptação a novas as funções, papéis e tarefas familiares (ex.: passar a cuidar dos pais quando, no passado, eram por eles cuidados).

Complexificação
das interações
sociais

A resposta que a família na meia-idade dá a estes e a muitos outros fenómenos resulta, então, da história de vida que as acompanha e está intimamente relacionada com a forma como os diferentes acontecimentos lhe foram sendo apresentados. Da mesma forma, e segundo vários autores (Bomar, 2005; Ribeiro, 2005; Stanhope, 1999), também nesta fase do ciclo vital idênticos fenómenos poderão exercer diferentes efeitos sobre os vários elementos que constituem essas mesmas famílias.

CAP. II – “ENTRADA NA REFORMA”

1. “ENTRADA NA REFORMA”: UM ACONTECIMENTO DE VIDA NA MEIA-IDADE

A “entrada na reforma”⁷ anuncia a demarcação final daquela que vulgarmente se designa por “vida activa”. Ansiada por muitos, por constituir uma oportunidade de libertação da pressão, da responsabilidade, da escassez de tempo e de muitos outros constrangimentos que habitualmente são atribuídos ao exercício profissional, mas temida por outros, que fizeram da sua actividade laboral fonte de prazer, investimento pessoal e/ou reconhecimento social; o sucesso do confronto com este acontecimento depende de inúmeros factores e poderá repercutir-se em diferentes dimensões da vida dos indivíduos.

Reconhece-se, porém, que esta tarefa tem vindo a ser fortemente influenciada pela evolução histórica que o contexto laboral foi assumindo ao longo dos tempos, nas diversas sociedades. Algumas medidas que definitivamente interferiram na forma como os indivíduos passaram a aposentar foram as melhorias das condições de trabalho. A constituição dos direitos e deveres dos trabalhadores, a elaboração do *Código Laboral*, a criação de um *Tribunal do Trabalho*, a proliferação de sindicatos dos trabalhadores, a diminuição do número de horas laborais, a divulgação e implementação de medidas de higiene, segurança e saúde no trabalho entre muitas outras, terão sido medidas que exponenciaram este progresso.

Evolução
do
contexto laboral

A evolução do perfil de trabalho e de trabalhador, à qual se foi assistindo, constituiu igualmente fonte de mudança. Neste contexto destacam-se: a diminuição da estabilidade profissional, o aumento da feminização do trabalho, o surgimento de novas exigências laborais e o adiamento da idade de entrada na reforma. De certa forma potencializado por uma menor diversidade de áreas de exercício profissional, por uma menor afluência de procura de trabalho e por uma menor concorrência de mercado, a estabilidade profissional foi durante muito tempo uma realidade. Assim descreve Belsky (2001:332) quando profere “*En los años 50, un hombre terminaba los estudios, quizá tenía dos o três trabajos de prueba, y luego se asentaba ya en su profesión*”.

Este quadro foi, no entanto, alterando-se gradualmente. Na actualidade, o aumento da competitividade e a maior rentabilização de recursos exige uma crescente flexibilidade laboral e essa mesma exigência obriga o trabalhador a efectuar diferentes ajustamentos ao longo da sua carreira profissional (sejam elas dentro da mesma empresa ou em outras de diferentes áreas).

O aumento da feminização do trabalho foi outro fenómeno que veio modificar a caracterização do meio laboral. Na verdade, se até aos anos sessenta o trabalho das mulheres se cingia, na sua maioria, ao contexto doméstico e familiar, com o movimento de emancipação da mulher o seu ingresso no mundo laboral passou a ser expressivo. Embora mais tardiamente (dado que em Portugal tal fenómeno só se começou a fazer sentir após 1974), se em 1965 as mulheres representavam 21,3% do total dos trabalhadores, em Abril de 2001 já constituíam 42,7% do número total de trabalhadores portugueses (Ministério do Trabalho, 2002). Esta situação repercutiu-se não apenas nas características da actual população laboral, mas também, e atendendo ao tempo em que tal fenómeno ocorreu, naquela que é a população que presentemente se encontra a “entrar na reforma”.

Também a evolução tecnológica e a informatização dos locais de trabalho originaram um exponencial desenvolvimento da economia global e social mas, em contrapartida, uma maior exigência em termos de conhecimentos nos trabalhadores e uma menor necessidade de dotação de recursos humanos. E se para os que conseguiram acompanhar esta mudança tal situação não se colocou como problemática, para aqueles que tiveram maiores dificuldades de adaptação, surgiram com bastante frequência sentimentos de frustração e de desmotivação face ao contexto laboral. Ainda assim, alguns autores defendem que esta mudança não terá sido motivo exclusivo para tal fenómeno ocorresse, isto porque novos empregos e novos postos de trabalho foram surgindo e estes, sim, foram sendo ocupados pelos indivíduos mais jovens e dotados de outras competências, que em nada interferiram com aquelas que eram exigidas

aos trabalhadores de mais idade (Belsky, 2001; Torres, 2005). Na verdade, ainda que tenha apanhado “desprevenidos” os de mais idade, esta evolução não terá sido necessariamente maléfica para a generalidade destes trabalhadores. Até mesmo porque, conforme Belsky (2001:335) refere “[...] *Los trabajadores mayores no son viejos. Tienen entre 45 y 60 años, la edad de mayor creatividad [...]*” e, tal como esta característica, muitas outras que também são atribuídas aos trabalhadores de mais idade (ex.: “experiência de vida”, *status*, perícia) terão, decerto, controlado este sentimento. Este acontecimento não constituiu, por conseguinte, razão suficiente para que se assistisse a uma maior percentagem de indivíduos a aposentarem-se. Pelo contrário, nos últimos anos, com a mudança para um tipo de trabalho fisicamente menos exigente, com o aumento da longevidade e, mais recentemente, com a insustentabilidade do sistema de segurança social, a idade de “entrada na reforma” tende a aumentar.

É sabido, porém, que o limite de idade não constitui condição necessária para a aposentação. A área profissional de exercício, o número de anos de trabalho, o estado de saúde, a rescisão de contracto laboral, os factores de índole pessoal e/ou alguns outros condicionalismos (ex.: a necessidade de prestar assistência a familiares, o facto do cônjuge já estar reformado, a eminente perda de regalias económicas e o desemprego prolongado), poderão estar igualmente na base da prematuridade cronológica do assumir deste estatuto. Entre os anteriores, a alteração do estado de saúde constitui um dos motivos mais apontados para que esta antecipação ocorra e para tal contribuem, em elevada representatividade, os acidentes de trabalho, as doenças profissionais e o diagnóstico de patologias do foro crónico degenerativo. Também os indicadores de saúde são denunciadores deste facto quando revelam que os acidentes cardiovasculares, o cancro e a diabetes são as maiores causas de reforma antecipada nos homens, enquanto a hipertensão é apontada como principal responsável por este acontecimento nas mulheres. Ainda segundo a mesma fonte, nos trabalhadores mais idosos, a artrite e as queixas a nível da coluna vertebral são as mais prevalentes (Rogers, 1997).

Motivos da
reforma

Mas mesmo perante um quadro desta natureza, a decisão de permanecer no activo ou de aposentação é na grande maioria das vezes uma decisão pessoal, fortemente marcada por algumas variáveis tão genéricas como as de

carácter sócio-demográfico. Ilustrativos desta afirmação são os resultados que alguns estudos têm revelado nos quais os indivíduos detentores de maiores responsabilidades laborais, de maior nível educativo e que ocupam cargos de maior *status* social, apresentam maior predisposição para continuar a trabalhar do que aqueles que têm menor vantagem nestas dimensões (Ainken, 1995; Mitchel *et al*, 1988). Também as pessoas que mais se identificam com o seu trabalho e que são gestoras de si próprias, têm tendência a demonstrar uma maior satisfação com o trabalho e, conseqüentemente, a aposentarem-se mais tarde (Mitchel *et al*, 1988). Relativamente ao género, diversos autores (Ainken, 1995; Clausen, 2001) referem que as mulheres têm, na generalidade, uma maior relutância em aposentar-se. Mais, ainda, se forem solteiras e as casadas, tomam habitualmente esta decisão em conjunto com os seus maridos, em função de um plano estratégico familiar. Um outro aspecto interessante a salientar, no que diz respeito ao género, é o facto de ambos tomarem a idêntica decisão de reforma antecipada se tiverem baixos cargos e/ou se auferirem um baixo rendimento.

Contudo, seja qual for o motivo que esteja na origem da aposentação e independentemente de ser ou não desejada, a grande maioria dos indivíduos sente que este acontecimento interfere com as suas vidas e, quando questionados, uma considerável percentagem refere ter vivenciado ou ainda estar a vivenciar algumas alterações e/ou dificuldades adaptativas a este processo (Belsky, 2001; Fonseca, 2004a; Rosenkoetter, 1998).

Que acontecimento de vida será este, então, que confere tanta ambigüidade de sentimentos aos indivíduos?

Conceito de
"Reforma"

Como se poderá definir, neste contexto, o conceito "Reforma"?

De uma forma muito genérica, a reforma pode ser percebida em três perspectivas *major* que se complementam entre si: como um evento, como um *status* e como um processo. Pode ser entendida como um *evento*, quando associada à descrição de um determinado acontecimento que marca uma etapa do ciclo vital, a partir do qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferente. Esta diferença não se coloca

pelo facto de assumir um carácter meramente positivo ou negativo mas, sim, por constituir uma importante fonte de interferência no percurso das suas vidas obrigando os indivíduos a reestruturar alguns dos seus objectivos, que até então não se lhe tinham colocado em causa ou constituído fonte de dificuldade. Pode ser compreendida como um *status*, por envolver uma profusão de sentimentos que origina uma certa instabilidade nos indivíduos. Isto porque, se por um lado, confere algumas vantagens (ex.: o facto de se passar a ter direito a auferir uma pensão, a usufruir de algumas regalias sociais) por outro, a mudança que imprime na vida dos indivíduos poderá fazer emergir alguns sentimentos de ambivalência (ex.: o facto de finalmente se libertar das obrigações sociais mas de se perder o poder e controlo social). E, finalmente, poderá ser descrita como um *processo*, por constituir um “...acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se reflectem em termos desenvolvimentais” (Fonseca, 2004a: 361), quer nos indivíduos quer nos sistemas seus envolventes.

“Entrada
Na
Reforma”

Esta última perspectiva sugere então a existência de um construto que, no presente estudo, se passará a denominar por “**Entrada na Reforma**”. Mais do que um evento ou do que uma mera aquisição de um estatuto, a “*entrada na reforma*” reportar-se-à a um período de transição no qual ocorrem variadíssimos fenómenos de mudança, que fazem deste acontecimento de vida uma experiência específica e única ao longo do ciclo vital humano. Fundamentado num paradigma ecológico do desenvolvimento humano, este processo contemplará os indivíduos protagonistas da vivência de “*entrada na reforma*”, todos os sistemas envolvidos nessa mesma vivência (ex.: família, amigos, comunidade) e, ainda, o contexto espaço-temporal no qual o referido processo se desenvolve.

2. “ENTRADA NA REFORMA”: UM PROCESSO DE TRANSIÇÃO

Definição de
Transição

O conceito de “transição” encerra, em si mesmo, a noção dinâmica que acompanha o desenvolvimento humano e advém habitualmente de acontecimentos de vida que “[...] *suscitam em regra situações de stress e originam novos padrões de vida, exigindo a implementação de esforços adaptativos de maior ou menor grau de dificuldade.*” (Fonseca, 2005:162). Quando afirmou, “*A transition can be said to occur if an event or non-event results in a change in assumptions about oneself and the world and thus requires a corresponding change in one’s behaviour relationships*” (Schlossberg, 1981:5), Schlossberg evidenciou bem esse mesmo facto e, simultaneamente, deixou transparecer que a adaptação a um determinado processo de transição resulta em diferentes comportamentos, consoante o contexto em que o mesmo se possa desenvolver.

Características da
Transição

Um desses contextos está relacionado com o facto da transição poder ser originada por uma mudança voluntária e/ou esperada ou, pelo contrário, ocorrer de uma forma não controlada, indesejada e imprevista. Dependendo do contexto sociocultural em que ocorre e de acordo com a fase do ciclo vital a que se reporta, reconhece-se que alguns acontecimentos de vida são muito prováveis de acontecer em determinadas fases do desenvolvimento (ex. casamento na idade adulta) e, para esses, a transição torna-se mais facilitada. O mesmo já não sucede com os acontecimentos que, não sendo de todo esperados, possam vir a suceder (ex. morte de um familiar), e para os quais o processo de transição se torna, logo à partida, bem diferente do anterior. Se o stress e o desequilíbrio acompanham habitualmente estes processos (Chick e Meleis, 1986; Schlossberg, 1981), no segundo caso estes fazem-se sentir ainda mais evidentes e daí resultar estados de transição mais difíceis de vivenciar.

Ainda assim, uma transição não terá de adoptar duas vertentes díspares ou ser obrigatoriamente conotada como uma fase de crise (na sua conotação negativa); nesta perspectiva, não existem processos de transição exclusivamente positivos ou inversamente negativos. Citando Schlossberg e Hopson, Fonseca (2005:163) refere que “*Numa óptica de ciclo de vida, o resultado de uma transição pode revestir-se, pois, de aspectos positivos e negativos, envolvendo ganhos e perdas desenvolvimentais*” e, com base nesta premissa,

qualquer transição poderá ser entendida como uma oportunidade de desenvolvimento, se a pessoa assim o desejar. Schlossberg (1981) alerta ainda para o facto de uma transição não ser tanto uma questão de mudança, por si só, mas ter sobretudo a ver com a percepção que o indivíduo apresenta relativamente a essa mesma mudança, isto é, uma mudança só constitui fonte de transição se o indivíduo assim a perceber [(“*a transition is a transition if it is so defined by the person experiencing it*” (Schlossberg, 1981:7)]. Nesta perspectiva, se decorrente de um determinado acontecimento, a pessoa não perceber qualquer mudança, alteração e/ou dificuldade sentida nas suas concepções de vida ou nas suas relações estabelecidas com o meio envolvente, essa pessoa dificilmente assumirá uma determinada mudança como um processo de transição (Fonseca, 2005).

Um outro aspecto importante a salientar, prende-se com o facto de um mesmo tipo de mudança se poder repercutir em diferentes formas de transição para diferentes pessoas (ex.: dependendo do contexto sociocultural, o casamento em idade jovem pode ser entendido como uma emancipação social ou como um retardar de um projecto de vida) e de um mesmo indivíduo poder responder de forma diferente perante um mesmo estímulo transicional, ao longo do seu ciclo vital (ex.: casar pela segunda vez). Citando Schlossberg, Waters e Goodman, Fonseca (2005:169) considera ainda a existência de outras características que influenciam o processo de transição: “*as características da transição em si mesma (mudança de papel social, afectos que desencadeia, motivação, tempo e modo de ocorrência, duração, grau de stress inerente), as características do ambiente antes e depois da transição (sistemas de suporte interpessoal e institucional, contexto físico) e as características do indivíduo (sexo, idade, estado de saúde, educação, estatuto socio-económico, competência psicossocial, experiência prévia com transições de natureza semelhante)*”. Dependendo dessas características, assim poderão diferir as reacções e respostas dadas pelos indivíduos.

Tendo por base a *teoria das transições de Scholssberg* (1984), assume-se então que essas respostas advêm do processo de *coping* que nos indivíduos se vai fazendo sentir em função da interacção que estabelecem com o meio. Neste sentido, os 4 “S” [*Situation*] (Situação – de que tipo de transição se trata?), *Self* (“o Eu” – como é que ela é percebida pelo seu protagonista?), *Support*

(Suporte – quem constitui fonte de apoio?) e “Strategies” (Estratégias de coping – que estratégias utiliza para mobilizar o seu coping?)] constituem pontos-chave, no estudo dos acontecimentos de transição.

Mas relacionando as anteriores respostas com as características do foro psíquico que indivíduos possam apresentar, Fonseca (2005:165) refere como possíveis reacções à transição:

- *Choque e imobilização – quanto mais se tratar de um «acontecimento surpresa», mais susceptível será de provocar sentimentos contraditórios;*
- *Minimização/negação – constitui uma forma de lidar com os sentimentos negativos que decorram da transição, procurando reduzir o impacto do acontecimento;*
- *Depressão – que pode não ter exactamente a uma tradução clínica, mas assumir outras respostas comportamentais, como ansiedade, medo ou tristeza;*
- *Indiferença – que traduz um estado de incerteza, hesitação, «deixa correr»;*
- *Exploração de alternativas – no que pode ser acompanhado por mudanças rápidas de humor, excitação, e/ou impaciência, associadas a novas formas de estar que vão sendo testadas;*
- *Procura de significado – através de novos investimentos que vão sendo experimentados;*
- *Integração – fase de renovação, caracterizada pela adesão a novas concepções e a novos valores (em função dos resultados da transição).*

Fases de transição
ocorridas durante a
“Entrada na
Reforma”

Estas e outras reacções serão passíveis de ocorrer na sequência de um dos acontecimentos de vida transicionais que são experimentados ao longo da meia-idade: a “Entrada na Reforma”. Tratando-se de um processo que envolve perdas e ganhos, que desencadeia afectos simultaneamente positivos e negativos e que, conseqüentemente, se faz acompanhar de algum grau de stress, o seu desenvolvimento poderá adoptar diferentes modelos em função da causa e da motivação que estiveram na base da sua ocorrência (Lachman, 2001).

Desta forma, se a “entrada na reforma” foi desejada e previamente programada, a percepção de stress vivenciada nesta transição será à partida menor do que quando comparado com situações em que este evento

se processou de forma inesperada e/ou externa à vontade dos indivíduos (ex. reforma compulsiva, reforma por despedimento). Também a expectativa com que era aguardada a sua chegada, constitui uma das variáveis que permite prever a forma como o indivíduo irá encarar este período da sua vida e neste contexto; a satisfação que o indivíduo detinha com o trabalho que exercia e a satisfação com que se perspectivava a “*Entrada na Reforma*”, poderão ser indicativos desta mesma atitude (Fonseca, 2004b).

Numa tentativa de ajudar a compreender este fenómeno, Calasanti (1996) apresenta dois modelos explicativos para este tipo de transição:

- O modelo da crise – que defende que a importância que o papel ocupacional/profissional assume na vida do indivíduo sendo que, a sua perda (“entrada na reforma”), se traduz por uma inevitável situação de crise à qual o indivíduo se deverá munir de estratégias para a ultrapassar de forma bem-sucedida;
- O modelo de continuidade – que defende que a identidade pessoal permanece estável, independentemente dos acontecimentos de vida que lhe ocorram e que, no caso da “entrada na reforma”, este acontecimento poderá ser inclusivamente mediador de uma oportunidade de desenvolvimento, antes não surgida.

Contudo, independentemente da forma como se entra, uma vez instalada a “*Entrada na Reforma*”, o indivíduo poderá passar por diversas as fases neste processo de transição. Na perspectiva de Atchley (1996), ainda que não haja um *timing* específico da sua ocorrência, uma ordem e/ou obrigatoriedade de passar por todas elas, os indivíduos que “entram na reforma” passam frequentemente pelas seguintes fases:

- Fase da pré-reforma, na qual o indivíduo perspectiva a futura ocorrência deste acontecimento e começa a fazer a sua despedida do mundo do trabalho e durante a qual, dependendo do tempo e das expectativas individuais, se realiza um processo de preparação para esta transição;
- Fase da “lua-de-mel”, na qual o indivíduo habitualmente tenta colocar em prática todas as expectativas positivas e projectos futuros que tinha interiorizado durante o seu período de exercício profissional (ex.: passar a realizar mais exercício físico, conviver mais com os amigos, viajar);

- Fase do desencanto, na qual o indivíduo percebe que perante a possibilidade de realizar os seus projectos, por diversas situações, não está a conseguir pô-los em prática, traduzindo um certo descontentamento com a fase anterior e que por vezes se revela em estados de impotência e de depressão (ex.: passar os dias no ginásio torna-se monótono e cansativo);
- Fase de definição de estratégias de *coping*, quando o indivíduo procura estratégias para fazer face à insatisfação que apresenta relativamente ao tipo de vida que detém (ex.: passar a impor um horário de rotinas diárias);
- Fase de estabilidade, quando o indivíduo finalmente encontra algumas estratégias adaptativas que de certa forma dêem resposta a um certo equilíbrio na sua vivência.

Segundo Atchley (1996), quando a fase de estabilidade não é conseguida, o indivíduo poderá entrar em dois processos distintos: o de dependência, no qual se verifica a passagem de um estado de autonomia para um que requer o apoio dos sistemas envolventes (ex.: dependência financeira) e o de retorno, no qual o indivíduo procura retomar o tipo de vida que detinha anteriormente por se encontrar inconformado com a mudança actual (ex.: reingressar ao mundo do trabalho).

Mas, independentemente do trajecto de transição que o indivíduo desenvolva, *“parece consensual, (...), que se trata de uma ocorrência que comporta ganhos e perdas e cujo resultado final em termos adaptativos dependerá muito quer de factores eminentemente individuais (história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo extra-profissional, etc.) quer, da relação do indivíduo com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social, etc.)”* (Fonseca, 2004a: 376).

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

1. JUSTIFICAÇÃO, OBJECTO E FINALIDADE DE ESTUDO

A realização do presente estudo encontra a sua justificação em diversas premissas e qualquer uma delas, por si só, constituiria uma argumentação válida para a sua execução. Contudo, existem três a destacar: o actual quadro de envelhecimento populacional, a crescente necessidade de promover um envelhecimento activo e, a mais relevante de todas, a imperatividade de melhorar a prestação de cuidados nesta fase do desenvolvimento humano.

Relativamente ao envelhecimento populacional e ainda que a sua ocorrência seja do domínio comum, não será demais voltar a fazer referência à crescente problemática a si associada. O decréscimo da natalidade e o aumento da esperança de vida que para este quadro têm contribuído, são de facto preocupações reais na actual sociedade sobre as quais não nos podemos alhear. Mais especificamente, relacionada com a longevidade, a morbilidade a ela associada, os encargos e a mobilização de recursos no sentido de atender à mesma e as implicações gerais que as referidas exercem em termos de saúde pública; constituem alvo de uma particular atenção por parte das políticas sociais e exigem o desenvolvimento de esforços acrescidos num plano que se pretende sustentável. A prova notória desse facto é o crescente aparecimento de literatura e de documentos estratégicos de intervenção neste domínio que, nas últimas décadas, se tem vindo a assistir.

Todavia, as estatísticas e as evidências da prática quotidiana têm revelado que persiste um longo trajecto a percorrer, em termos de promoção de um envelhecimento activo. Na realidade, a grande maioria dos referidos documentos ainda permanece muito dirigida para aquela que é a faixa etária já avançada em termos de envelhecimento, esquecendo que a mencionada promoção da saúde se deverá iniciar num momento muito anterior a este e no qual a potencialização do capital de saúde dos indivíduos ainda é passível de ser realizada.

Efectivamente, é necessário ter em atenção que é na idade adulta que se iniciam e se desenvolvem grande parte dos hábitos e dos comportamentos que colocam em risco todo o futuro estado de saúde dos mesmos.

Atendendo, igualmente, a que os indivíduos desta faixa etária são frequentemente expostos a acontecimentos de vida que lhes suscitam uma particular fonte de stress e que esta, por sua vez, lhes poderá potenciar o comprometimento desse mesmo estado - mais acrescida se torna ainda a necessidade de implementar medidas promotoras de saúde nesta fase do ciclo vital.

Considerando que a “entrada na reforma” constitui um desses acontecimentos, cuja vivência transicional se poderá revelar mais ou menos bem sucedida, em função dos quadros adaptativos que nela tiveram envolvidos (Fonseca, 2004a; Scholsberg, 2004), crê-se, então, que a meia-idade deverá ser alvo de uma particular atenção por todos os que pretendem promover um envelhecimento activo.

Conforme ficou perceptível na contextualização teórica deste estudo, já vários autores têm vindo a estudar esta transição, nos mais diversos domínios do conhecimento. Contudo, naquele que é o domínio da realização deste estudo – a *Enfermagem*, foram praticamente inexistentes as referências encontradas a esta transição. Atendendo ao facto destes profissionais de saúde serem dos principais agentes e responsáveis pela preservação e promoção do estado de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades que lhes estão adstritos (REPE, 1996), e porque é nos momentos de transição de vida que a sua intervenção se torna particularmente imprescindível (Meleis, 2010); considera-se, então, que os enfermeiros deverão apropriar-se de um conhecimento mais profícuo com respeito a este tipo de transição, no sentido de desenvolverem uma prática de cuidados mais dirigida à promoção de um envelhecimento activo.

Mas, porque estes cuidados tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e percepção, e que estes só poderão ser optimizados quando tomando a unidade familiar como alvo do processo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2001), constituem-se como objecto deste estudo:

As percepções que os indivíduos e as suas famílias detêm relativamente àquela que é a sua vivência durante o período de transição que foi originado pelo acontecimento de vida “entrada na reforma”.

Reconhecendo, ainda, que os enfermeiros são os profissionais de saúde que acompanham de forma mais directa os indivíduos e suas famílias, no percurso das suas vidas [*“Nurses often are the primary caregivers of clients and their families who are undergoing transition”* (Meleis *et al*, 2000:13)], sendo esta uma das competências que lhes é solicitada no âmbito da sua prática de cuidar; cabe, então, a estes a responsabilidade de planear cuidados antecipatórios que capacitem os indivíduos e famílias na vivência dos seus processos de transição, promovendo aquela que deverá ser a sua capacidade de resiliência.

Em busca deste sentido, a realização deste estudo tem por finalidade:

Construir um conhecimento substantivo e convergente no domínio da Enfermagem, no sentido de fundamentar as orientações e estratégias de intervenção que promovam a saúde dos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”.

2. OBJECTIVOS E QUESTÕES ORIENTADORAS

Os objectivos deste estudo são:

- *Conhecer as vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”;*
- *Identificar factores protectores e dificultadores da vivencia do processo de transição originado pela “entrada na reforma”;*
- *Avaliar o impacte do processo de transição, originado pela “entrada na reforma”, na evolução do estado de saúde dos indivíduos.*

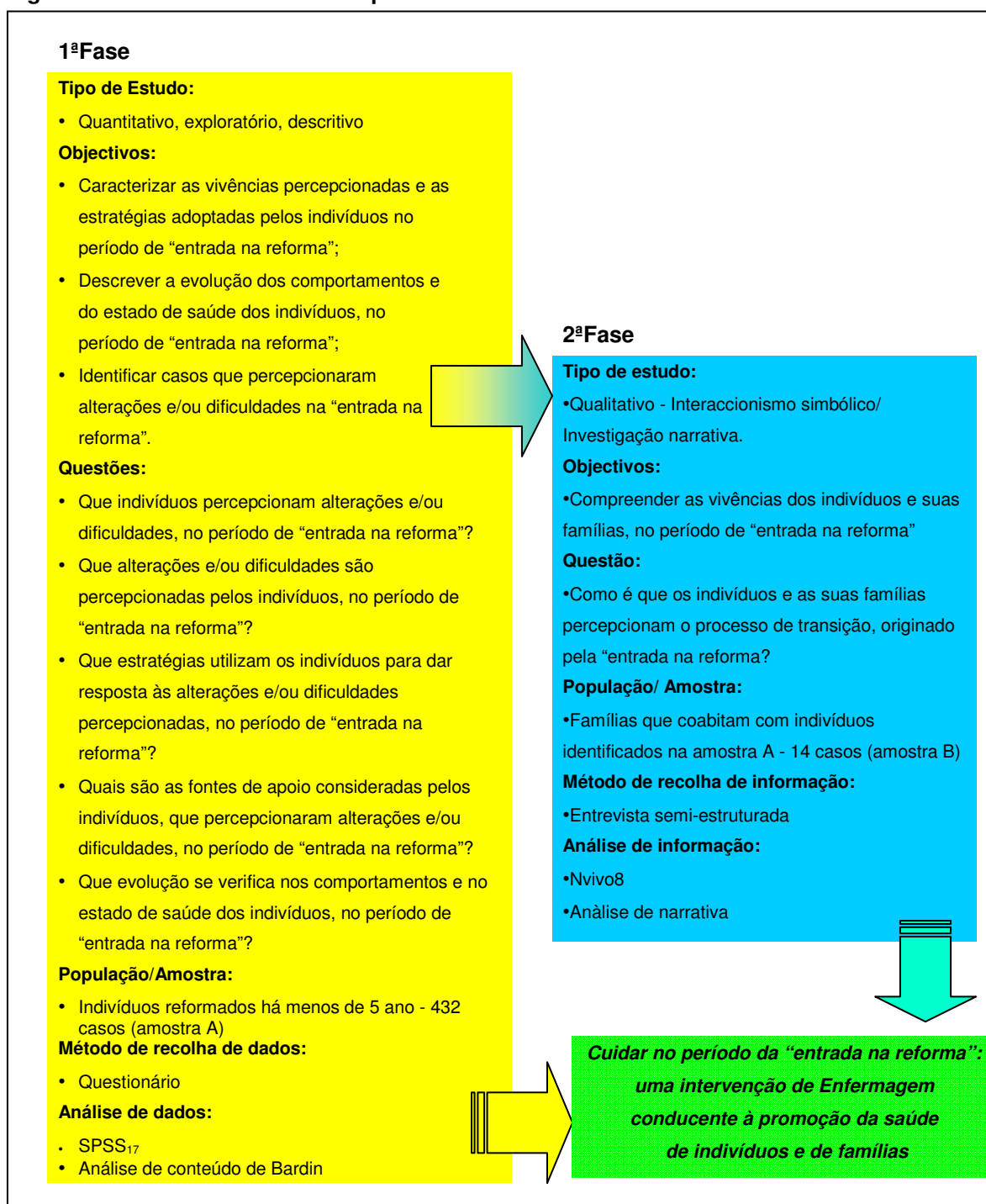
Em função dos referidos objectivos, as questões que orientadoras deste estudo são:

- *Como é que os indivíduos e as suas famílias percebem a vivência da “entrada na reforma”?*
- *Que factores interferem na vivência que os indivíduos e suas famílias detêm no período da “entrada na reforma”?*
- *Que efeitos exerce a “entrada na reforma” sobre a evolução do estado de saúde dos indivíduos?*

3. DESENHO DO ESTUDO

De forma a atingir os objectivos a que se propõe esta investigação, considerou-se necessária a existência de duas fases de estudo (Figura 8). A descrição detalhada, dos mesmos, será a seguir apresentada em função da cronologia da sua realização.

Figura 8 – Desenho do Estudo Empírico



1ª FASE

Vivências percebidas pelos indivíduos no período de “entrada na reforma”

1. METODOLOGIA

1.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo quantitativo de carácter descritivo-correlacional.

1.2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os objectivos da 1ª fase do estudo foram:

- *Caracterizar as vivências percebidas e as estratégias adoptadas pelos indivíduos, no período de “entrada na reforma”;*
- *Descrever a evolução dos comportamentos e do estado de saúde dos indivíduos, no período de “entrada na reforma”.*

De forma a sinalizar os casos que pudessem vir a constituir alvo de investigação numa 2ª fase deste estudo, constituiu-se ainda como objectivo desta 1ª fase:

- *Identificar os indivíduos que perceberam alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”.*

As questões que orientaram esta 1ª fase do estudo foram:

Q₁ – *Que indivíduos percebem alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”?*

Q₂ – *Que alterações e/ou dificuldades são percebidas, pelos indivíduos, no período de “entrada na reforma”?*

Q₃ – *Que estratégias utilizam os indivíduos para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percebidas, no período de “entrada na reforma”?*

Q₄ – *Quais são as fontes de apoio consideradas, pelos indivíduos que perceberam alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”?*

Q₅ – *Que evolução se verifica nos comportamentos e no estado de saúde dos indivíduos, no período de “entrada na reforma”?*

1.3. VARIÁVEIS E OPERACIONALIZAÇÃO

Caracterização sócio-demográfica

- Idade: número de anos completos, à data de preenchimento do questionário.
- Género: masculino/feminino.
- Estado civil: solteiro, casado/união de facto, divorciado/separado e viúvo.
- Habilitações literárias: considerando o histórico do contexto sócioeducativo da faixa etária em estudo, foram apresentadas cinco possibilidades de resposta: “sem escolaridade”; “1 a 4 anos de escolaridade”; “5 a 9 anos de escolaridade”; “mais de 9 anos de escolaridade e sem ensino superior”; “mais de 9 anos de escolaridade e com ensino superior”.
- Nível sócio-económico: determinado pelo nível mais elevado encontrado no cruzamento das variáveis “Habilitações literárias” e “Última profissão exercida antes de entrar na reforma”, identificada com base nos grupos da Classificação Nacional das Profissões (2001). Esta forma de determinação, da autoria do Prof. Dr. António Fonseca, foi utilizada com êxito pelo seu autor num estudo efectuado a uma amostra portuguesa de idênticas características (Quadro 4).

Quadro 4 – Determinação do nível sócio-económico em função da escolaridade e da profissão exercida.

Nível socio-económico	Alto	Médio	Baixo
Escolaridade	12º ano e Licenciatura	6º ano a 9º ano	4º ano ou menos
Profissão	Grupos* 1 e 2	Grupos* 3, 4 e 5	Grupos 6, 7, 8 e 9**

*Grupos da Classificação Nacional das Profissões (2001)

1. Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas;
2. Especialistas das profissões intelectuais e científicas;
3. Técnicos e profissionais de nível intermédio;
4. Pessoal administrativo e similares;
5. Pessoal dos serviços e vendedores;
6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas;
7. Operários, artífices e trabalhadores similares;
8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
9. Trabalhadores não qualificados.

** Além destes grupos, incluem-se aqui também os desempregados

Fonte: Fonseca, 2004a.

Caracterização do período de exercício profissional

- Última profissão exercida antes de entrar na reforma: local e/ou função exercida, qualificada segundo a Classificação Nacional das Profissões (2001) (cf. Quadro 4).
- Tempo de exercício profissional: número de anos completos, à data da “entrada na reforma”.
- Atividades desenvolvidas na última instituição onde esteve empregado: questiona sobre a existência e frequência de atividades relacionadas com a *vigilância de saúde*, *formação em serviço* (relacionada com a higiene e segurança e saúde no trabalho), *formação em saúde* (relacionada com a promoção da saúde individual), *prática desportiva* e/ou *outras*.
- Atividades desenvolvidas fora da instituição onde trabalhava: questiona sobre a prática regular de atividades extra-laborais (desporto, colecionismo, voluntariado, teatro, agricultura e/ou jardinagem, *bricolage* e/ou atividades de perícia manual e/ou outras).
- Satisfação com o emprego: questiona sobre a satisfação que detinha relativamente ao último trabalho que exercia, antes da “entrada na reforma”. O inquirido responde a uma escala de *likert*, de 5 (cinco) posições, que varia entre “*Muito insatisfeito*” e “*Muito satisfeito*”, numa correspondência de 1 a 5.
- Satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma”: questiona sobre a satisfação que detinha relativamente à perspectiva de “entrar na reforma”, ainda quando trabalhava. O inquirido responde a uma escala de *likert*, de 5 (cinco) posições, que varia entre “*Muito insatisfeito*” e “*Muito satisfeito*”, numa correspondência de 1 a 5.

Caracterização do momento de “entrada na reforma”

- Tempo de reforma: ano e mês de “entrada na reforma”.
- Motivo de “entrada na reforma”: permite conhecer a origem da decisão de “entrada na reforma”. São apresentadas três possibilidades de resposta: “*Idade limite*”, “*Estado de saúde*” e “*Outro motivo*”. Por correspondência, solicita-se ainda a caracterização da resposta anterior (“*Idade limite*” - número de anos de trabalho; “*Estado de saúde*” - diagnóstico clínico; “*Outro motivo*” – especificar qual, em resposta aberta).

Caracterização das vivências e estratégias utilizadas, nos primeiros meses após a “entrada na reforma”

- Percepção de alterações e/ou dificuldades: resposta fechada, dicotómica (sim/não).
- Principais alterações e/ou dificuldades percebidas: resposta aberta (submetida a análise qualitativa das unidades de significado emergidas que, numa fase posterior, serão categorizadas em dimensões de análise em função do género, idade e área profissional exercida).
- Estratégias utilizadas para superar as alterações e/ou dificuldades percebidas: resposta aberta (submetida a análise qualitativa das unidades de significado emergidas que, numa fase posterior, serão categorizadas em dimensões de análise em função do género, idade e área profissional exercida).
- Fontes de apoio: solicita a indicação de pessoas, grupos e/ou instituições que foram consideradas como ajuda para superar as alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”. De forma facultativa, solicita a referência ao tipo de apoio recebido pelas fontes mencionadas.
- Vivência adoptada após a “entrada na reforma”: são indicadas 12 (doze) afirmações de rotinas de vida diária às quais o inquirido assinala numa escala de *likert* que varia entre “Muito pouco” e “Muito mais”. A operacionalização desta escala foi efectuada pela atribuição de uma classificação compreendida entre 1 e 5, na seguinte correspondência: 1-“Muito pouco”; 2-“Pouco”; 3-“Igual”; 4-“Mais”; 5-“Muito mais”.

Caracterização da evolução do estado de saúde

- Vigilância de saúde: questiona sobre a realização periódica (anual) de vigilância de saúde antes e após a “entrada na reforma” [dicotómica (sim/não)]. Em caso afirmativo, o local onde realizava a referida vigilância de saúde (questão aberta).
- Diagnóstico de doença crónica: questiona se é portador de doença crónica, antes e após a “entrada na reforma”. Em caso afirmativo, qual o diagnóstico (questão aberta).
- Regime alimentar: avaliado por uma escala constituída por 7 (sete) itens que contempla os comportamentos alimentares diários, recomendados para um indivíduo na meia-idade. Da autoria do Prof. Dr. Manuel Teixeira Veríssimo, a classificação atribuída a cada um dos itens da escala poderá variar entre “Mau”, “Suficiente” e “Bom” (Quadro 5).

Quadro 5 – Comportamentos alimentares diários recomendados para um indivíduo na meia-idade.

Relativamente à sua alimentação, indique:	Nº de vezes				
1. Nº de refeições que faz, por dia	1	2	3	4	5 ou+
2. Nº de vezes que come sopa, por dia	0	1	2	3	4 ou+
3. Nº de vezes que come saladas e/ou legumes, por dia	0	1	2	3	4 ou+
4. Nº de peças de fruta que come, por dia	0	1	2	3	4 ou+
5. Nº de copos de água que ingere, por dia	0	1	2	3	4 ou+
6. Nº de copos de bebidas alcoólicas ingere, por dia	0	1	2	3	4 ou+
7. Nº de produtos lácteos que consome, por dia	0	1	2	3	4 ou+

Legenda

Mau	
Suficiente	
Bom	

- Prática de desporto e/ou exercício físico: questiona sobre a prática de desporto e/ou exercício físico, antes e após a “entrada na reforma” [dicotómica (sim/não)]. Em caso afirmativo, questiona a modalidade e regularidade de frequência (questão aberta).
- Hábitos tabágicos: questiona sobre a prática de consumo de tabaco, antes e após a “entrada na reforma” [dicotómica (sim/não)]. Em caso afirmativo, questiona a quantidade de consumo diário.
- Auto-medicação: questiona sobre a prática ingestão medicamentosa não prescrita, antes e após a “entrada na reforma” [dicotómica (sim/não)].
- Índice de Massa Corporal (IMC): determinado pela altura e pelo peso que o inquirido refere ter apresentado antes e após a “entrada na reforma”. Em função do valor obtido no coeficiente ($\text{Peso}/\text{Altura}^2$), o mesmo será classificado segundo a tabela de valores de referência proposta pela DGS (2008), para o indivíduo em idade adulta (Quadro 6).

Quadro 6 – Classificação do IMC, no adulto.

Classificação	Intervalo de valores
Magreza	<20
Normalidade	≥ 20 <25
Excesso de peso	≥ 25 <30
Obesidade	≥30 <40
Obesidade mórbida	≥ 40

Fonte: DGS, 2008.

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

População

Foi considerada população-alvo desta 1ª fase de estudo:

Todos os indivíduos que tivessem efectuado a sua “entrada na reforma”, há menos de cinco anos, e que fossem detentores de plenas faculdades cognitivas e de consciência.

Os motivos deste condicionamento deveram-se ao facto de se considerar que a “entrada na reforma” não ocorre apenas no dia em que se deixa de trabalhar ou no dia em que se adquire tal estatuto (em termos administrativos), mas, sim, num período de tempo em que o indivíduo se vê sujeito a um conjunto de fenómenos de transição, cuja adaptação se faz sentir ao longo de, sensivelmente, cinco anos. Relativamente às duas últimas condições, estas foram adoptadas por se considerar que seriam condições mínimas que os indivíduos deveriam apresentar para responder de forma autónoma e esclarecida a um questionário que se reportava à descrição de uma vivência do seu passado.

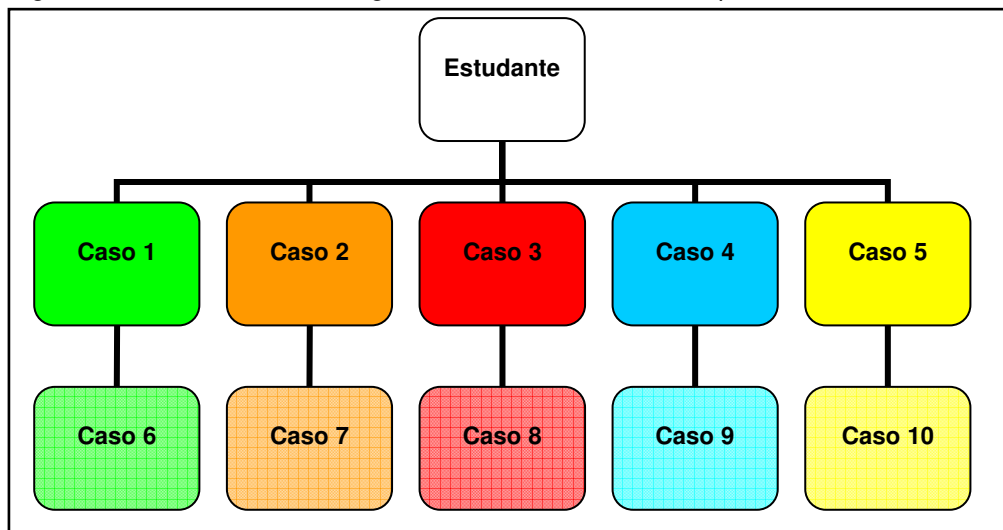
Amostra

A amostra foi seleccionada pela técnica de amostragem tipo “bola de neve”. Esta opção foi tomada por dois motivos: primeiro, por se reconhecer que iria ser difícil ter acesso a indivíduos reformados que cumprissem o critério “*estar reformado há menos de cinco anos*”; segundo, por no decurso da investigação ter havido a possibilidade de acesso a um grupo de 182 estudantes (a frequentar o 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, maioritariamente provenientes da região norte e centro do país) que poderiam vir a colaborar na recolha de dados.

Após uma exaustiva explicação dos objectivos do estudo, da população alvo e da técnica de amostragem, no dia 19 de Maio de 2007 foram distribuídos 10 (dez) questionários a cada um destes estudantes - perfazendo um total de 1820 questionários entregues. A colaboração pedida a estes estudantes foi unicamente a de identificarem 5 (cinco) casos que fizessem parte da população alvo de estudo e, a estes, efectuassem a entrega de 2 (dois) instrumentos de colheita de dados: um para ser preenchido pelo

próprio, e outro para, o mesmo, entregar a um indivíduo que conhecesse e que estivesse em idênticas circunstâncias de “reformado há menos de cinco anos” (Figura 9).

Figura 9 – Técnica de amostragem da 1ª fase do estudo empírico.



Cada exemplar de instrumento de colheita de dados, entregue, foi devidamente dobrado e inserido em envelope RSF⁸, para que o seu envio não constituísse fonte de encargo para o inquirido. Até ao dia 15 de Agosto de 2007 foram recebidos 533 subscritos, correspondendo a 29,3% da entrega inicial. Após a certificação das condições de possível inclusão no estudo (nomeadamente, estarem devidamente preenchidos e assinados), foram anulados 101 questionários por não respeitarem as condições mencionadas.

A amostra final ficou constituída por 432 casos (23,74% da entrega inicial) e apresentou as características que se passam a descrever:

Caracterização da Amostra

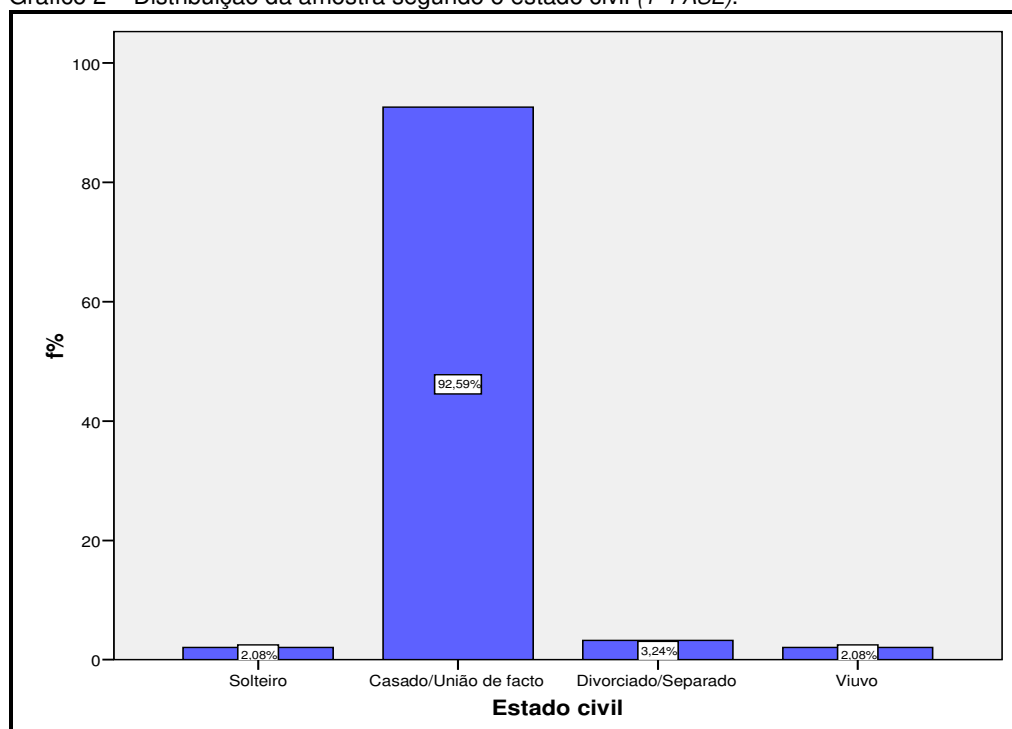
Num total de 432, os elementos da amostra apresentaram idades compreendidas entre os 44 e os 72 anos (\bar{x} =60,5 anos; DP=5,48; Mínimo=44 anos, Máximo=72 anos). O género masculino fez-se representar em ligeira superioridade [masculino (56,9%); feminino (43,1%)] e com uma média de idade igualmente superior [masculino (\bar{x} =60,7 anos; DP=5,42); feminino (\bar{x} =60,1 anos; DP= 5,54)] (Quadro 7).

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo a idade e o género (1ª FASE).

Grupo etário		Género		Total
		Mas	Fem	
40-44	f	5	0	5
	f(%)	2,0	0,0	1,2
45-49	f	1	3	4
	f(%)	0,4	1,6	0,9
50-54	f	15	38	53
	f(%)	6,1	20,4	12,3
55-59	f	80	37	117
	f(%)	32,6	19,9	27,0
60-64	f	90	66	156
	f(%)	36,6	35,5	36,1
65-69	f	50	38	88
	f(%)	20,3	20,4	20,4
70-74	f	5	4	9
	f(%)	2,0	2,2	2,1
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0
		\bar{X} =60,7 anos DP=5,42 Min= 44 anos Max= 72 anos	\bar{X} = 60,1 anos DP= 5,54 Min=46 anos Max= 72 anos	\bar{X} =60,5 anos DP=5,48 Min= 44 anos Max= 72 anos

Maioritariamente (92,6%), encontravam-se no estado civil casado/união de facto. A este seguiram-se o estado civil de divorciado/separado (3,2%) e, em igual percentagem, o estado civil de viúvo e de solteiro (2,1%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o estado civil (1ª FASE).



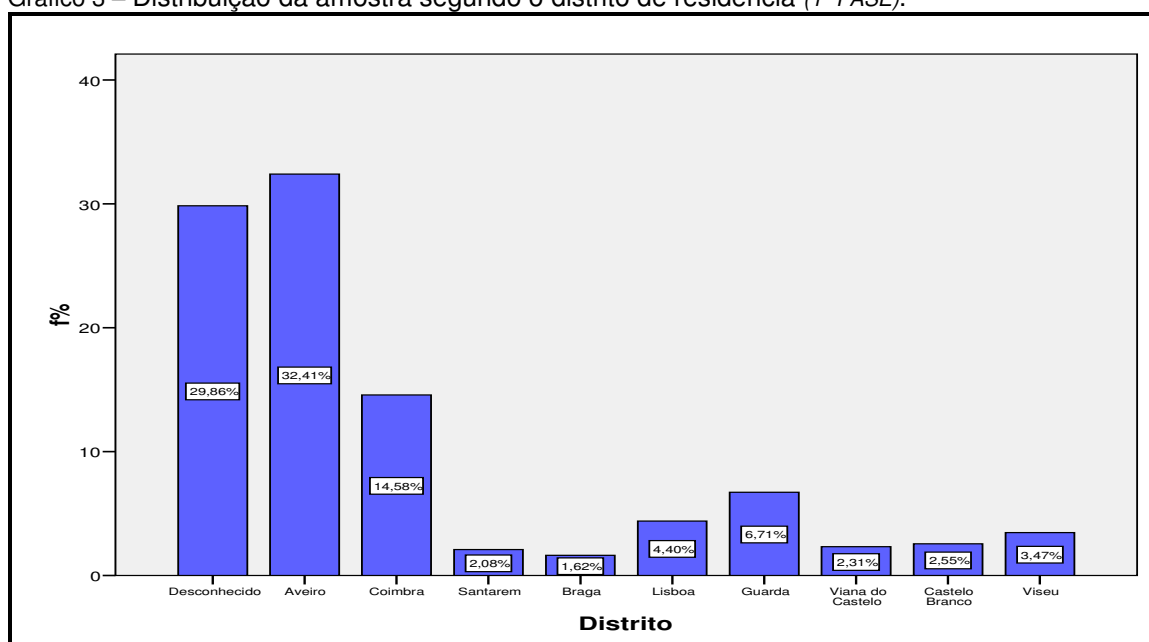
À exceção de 1,6% da amostra, que não realizou qualquer tipo de frequência escolar, todos os restantes inquiridos referiram ser escolarizados. Destes: 35,9% frequentou entre 1-4 anos de escolaridade, 13,9% frequentou 5-9 anos de escolaridade e 58,6% frequentou mais de 9 anos de escolaridade. Detentores do grau de licenciatura, responderam 27,7% dos elementos da amostra. O género feminino revelou ser detentor de um nível de frequência escolar superior (Quadro 8).

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade e o género (1ª FASE).

Escolaridade		Género		Total
		Mas	Fem	
0 anos	f	7	0	7
	f(%)	2,8	0,0	1,6
1-4 anos	f	88	67	155
	f(%)	35,8	36,0	35,9
5-9 anos	f	39	21	60
	f(%)	15,9	11,3	13,9
Sem ensino superior	f	48	42	90
	f(%)	19,5	22,6	20,8
Com ensino superior	f	64	56	120
	f(%)	26,0	30,1	27,7
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0
		Min=0 anos Max=Com ensino superior Mo=1-4 anos	Min=1-4nos Max=Com ensino superior Mo=1-4 nos	Min=0 anos Max=Com ensino superior Mo= 1-4 anos

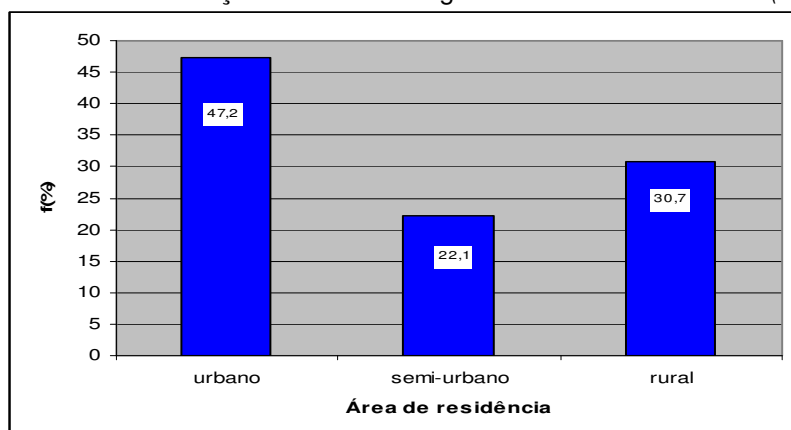
Não identificaram a área da sua residência, 29,9% dos elementos da amostra. Entre os que identificaram (70,1%), os distritos de mais representativos foram os de Aveiro (32,4%) e de Coimbra (14,6%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o distrito de residência (1ª FASE).



Relativamente à área de residência e nos mencionados elementos que se identificaram (70,1%), o meio urbano fez-se representar em maior percentagem (47,2%), seguindo-se o meio rural (30,7%) e o semi-urbano (22,1%) (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Distribuição da amostra segundo a área de residência (1ª FASE).



Reportando ao nível sócio-económico, 46,1% dos elementos da amostra posicionaram-se num “nível médio”. A este, seguiu-se o “nível elevado” e o “nível baixo”; numa correspondência de 31,0% e de 22,9%, dos inquiridos. Quando comparados os géneros, o masculino revelou ser detentor de um nível sócio-económico globalmente mais elevado (Quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo o nível sócio-económico e o género (1ª FASE).

Nível Socioeconómico		Género		Total
		Mas	Fem	
Baixo	f	40	59	99
	f(%)	16,3	31,7	22,9
Médio	f	129	70	199
	f(%)	52,4	37,6	46,1
Elevado	f	77	57	134
	f(%)	31,3	30,7	31,0
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0

Caracterizando a amostra quanto ao exercício profissional (Quadro 10), verificou-se que a área exercida com maior frequência foi a de “Técnicos e profissionais de nível intermédio” (27,8%), seguindo-se a de “Trabalhadores não qualificados” (16,0%), a de “Pessoal administrativo e similares” (14,8%) e a de “Pessoal dos serviços e vendedores” (13,4%).

Relativamente à representatividade da área profissional, por género (Quadro 10):

- No género masculino, destacaram-se as áreas profissionais “Pessoal dos serviços e vendedores” (21,1%) e “Técnicos e profissionais de nível intermédio” (20,7%);
- No género feminino, as áreas mais mencionadas foram “Técnicos e profissionais de nível intermédio” (37,1%) e “Trabalhadores não qualificados” (24,7%).

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o género e a área de exercício profissional (1ª FASE).

Área profissional*		Género		Total
		Mas	Fem	
A	f	37	17	54
	f(%)	15,0	9,1	12,5
B	f	21	1	22
	f(%)	8,5	0,5	5,1
C	f	51	69	120
	f(%)	20,7	37,1	27,8
D	f	35	29	64
	f(%)	14,2	15,6	14,8
E	f	52	6	58
	f(%)	21,1	3,3	13,4
F	f	8	0	8
	f(%)	3,3	0,0	1,9
G	f	10	16	26
	f(%)	4,1	8,6	6,0
H	f	9	2	11
	f(%)	3,7	1,1	2,5
I	f	23	46	69
	f(%)	9,4%	24,7	16,0
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0

*Classificação Nacional de Profissões (2001)

A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas

B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas

C – Técnicos e profissionais de nível intermédio

D – Pessoal administrativo e similares

E – Pessoal dos serviços e vendedores

F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

G – Operários, artífices e trabalhadores similares

H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

I – Trabalhadores não qualificados

Quando questionados acerca da vigilância de saúde no local de trabalho, 63,4% da amostra referiu a sua inexistência. Entre os elementos da amostra que mencionaram ter a possibilidade de aceder a estes serviços (36,6%), 4,9% referiu não recorrer aos mesmos para efectuar a tal procedimento (Quadro 11). Cerca de metade dos inquiridos (45,4%) mencionou a existência de formação em serviço no seu local de trabalho, porém, 2,9% referiu não a ter frequentado (Quadro 11). Apenas 19,4% referiu ter tido acesso a formação em saúde no local de trabalho e, na existência desta prática, 97,6% frequentou a referida actividade (Quadro 11).

Responderam ter tido acesso à prática desportiva no local de trabalho, 14,4% dos inquiridos e, dos mencionados, 85,5% aderiu a essa prática (Quadro 11).

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo a existência e a frequência de vigilância de saúde, formação em serviço, formação em saúde e prática de desporto, no local de trabalho (1ª FASE).

No local de trabalho...			Frequência		Sub Total	Total
			Sim	Não		
Existia vigilância de saúde?	Sim	f f(%)	144 100,0	14 4,9	158 36,6	432 100,0
	Não	f f(%)	a)	274 95,1	274 63,4	
Existia formação em serviço?	Sim	f f(%)	189 100,0	7 2,9	196 45,4	432 100,0
	Não	f f(%)	a)	236 97,1	236 54,6	
Existia formação em saúde?	Sim	f f(%)	82 100,0	2 0,6	84 19,4	432 100,0
	Não	f f(%)	a)	348 99,4	348 80,6	
Existia prática de desporto?	Sim	f f(%)	53 100,0	9 2,4	62 14,4	432 100,0
	Não	f f(%)	a)	370 97,6	370 85,6	

a) Não se aplica.

Fora do local de trabalho, 71,8% dos inquiridos referiu ocupar os seus tempos livres com alguma actividade (Quadro 12). As actividades mencionadas com maior frequência foram: a agricultura/jardinagem (46,3%), a *bricolage* (31,3%) e o desporto (29,2%).

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo as actividades realizadas fora do local de trabalho (1ª FASE).

Actividades		Frequência		Total
		Sim	Não	
Desporto	f	126	306	432
	f(%)	29,2	70,8	100,0
Coleccionismo	f	36	396	432
	f(%)	8,3	91,7	100,0
Voluntariado	f	64	368	432
	f(%)	14,8	85,2	100,0
Teatro	f	16	416	432
	f(%)	3,7	96,3	100,0
Agricultura/jardinagem	f	200	232	432
	f(%)	46,3	53,7	100,0
<i>Bricolage</i>	f	135	297	432
	f(%)	31,3	68,7	100,0
Outras	f	59	373	432
	f(%)	13,7	86,3	100,0

Relativamente ao grau de satisfação que detinham com o trabalho que realizavam, antes da “entrada na reforma”, a maioria dos inquiridos (62,0%) posicionou-se no grau “*satisfeito*” (Quadro 13). O estudo de associação efectuado entre esta variável e o género revelou-se estatisticamente significativo [$\chi^2=28,837(p<0,001)$; $W=0,258$] e fez notar que o

género masculino se posicionou predominantemente no grau “*satisfeito*” (71,1%) e o género feminino se repartiu entre os graus de “*satisfeito*” (50,0%), “*muito satisfeito*” (26,9%) e “*insatisfeito*” (22,6%).

Quadro 13 – Associação entre o grau de satisfação com o trabalho e o género (1ª FASE).

Satisfação com o trabalho		Género		Total
		Mas	Fem	
Muito insatisfeito	f(o)	8	1	9
	f(e)	5,1	3,9	9,0
	f(%)	3,3	0,5	2,1
Insatisfeito	f(o)	33	42	75
	f(e)	42,7	32,3	75,0
	f(%)	13,4	22,6	17,4
Satisfeito	f(o)	175	93	268
	f(e)	152,6	115,4	268,0
	f(%)	71,1	50,0	62,0
Muito satisfeito	f(o)	30	50	80
	f(e)	45,6	34,4	80,0
	f(%)	12,2	26,9	18,5
Total	f(o)	246	186	432
	f(e)	246,0	186,0	432,0
	f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=28,837$ ($p<0,001$); $W=0,258$				

Quanto à satisfação com a perspectiva de “*entrada na reforma*”, 85,1% dos inquiridos posicionou-se nos graus “*satisfeito*” e “*muito satisfeito*” (Quadro 14). O género feminino posicionou-se em maior percentagem no grau “*muito satisfeito*” (46,2%) e o masculino em maior percentagem no grau “*satisfeito*” (52,0%) [$\chi^2=24,125$ ($p<0,001$); $W=0,236$].

Quadro 14 – Associação entre o grau de satisfação com a perspectiva de “*entrada na reforma*” e o género (1ª FASE).

Satisfação com a perspectiva de entrada na reforma		Género		Total
		Mas	Fem	
Muito insatisfeito	f(o)	14	16	30
	f(e)	17,1	12,9	30,0
	f(%)	5,7	8,6	6,9
Insatisfeito	f(o)	30	4	34
	f(e)	19,4	14,6	34,0
	f(%)	12,2	2,2	7,9
Satisfeito	f(o)	128	80	208
	f(e)	118,4	89,6	208,0
	f(%)	52,0	43,0	48,1
Muito satisfeito	f(o)	74	86	160
	f(e)	91,1	68,9	160,0
	f(%)	30,1	46,2	37,0
Total	f(o)	246	186	432
	f(e)	246,0	186,0	432,0
	f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=24,125$ ($p<0,001$) $W=0,236$				

Estatisticamente significativo no género masculino [$\chi^2_{(1)}=42,867(p<0,001)$; $W=0,417$], o estudo de associação efectuado entre o grau de “satisfação com o emprego” e o grau de “satisfação com a perspectiva de entrada na reforma” (Quadro 15) permitiu verificar que entre os elementos que referiram estar “satisfeitos” com o seu trabalho, a perspectiva de “entrada na reforma” revelou-se de idêntica forma [$f(\%)=89,3\%$; $f(o)=183/f(e)=168,3$]. Neste mesmo género, foi ainda possível verificar que entre os “insatisfeitos” com o trabalho essa mesma perspectiva se manteve com relação à perspectiva da “entrada na reforma” [$f(\%)=53,7\%$; $f(o)=22/f(e)=7,3$]

Quadro 15 – Associação entre o grau de satisfação com o trabalho e o grau de satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma” (1ª FASE).

Género	Satisfação com o trabalho	Satisfação com a perspectiva da reforma		Total	
		Insatisfeito	Satisfeito		
Mas	Insatisfeito	f(o)	22	19	41
		f(e)	7,3	33,7	41,0
		f(%)	53,7	46,3	100,0
	Satisfeito	f(o)	22	183	205
		f(e)	36,7	168,3	205,0
		f(%)	10,7	89,3	100,0
Total		f(o)	44	202	246
		f(e)	44,0	202,0	246,0
		f(%)	17,9	82,1	100,0
$\chi^2_{(1)} = 42,867 (p<0,001)$; $W=0,417$					
Fem	Insatisfeito	f(o)	2	41	43
		f(e)	4,6	38,4	43,0
		f(%)	4,7	95,3	100,0
	Satisfeito	f(o)	18	125	143
		f(e)	15,4	127,6	143,0
		f(%)	12,6	87,4	100,0
Total		f(o)	20	166	186
		f(e)	20,0	166,0	186,0
		f(%)	10,8	89,2	100,0
$\chi^2_{(1)} = 2,170 (p=0,141)$					

A média de idade de “entrada na reforma” foi de 58,3 anos (Min= 42 anos; Máx= 71 anos; DP = 5,368) e, no momento em que foram inquiridos, 69,0% dos elementos da amostra encontravam-se reformados há mais de 2 anos ($\bar{x} = 2,1$ anos, DP=1,479) (Quadros 16 e 17).

Na análise comparativa efectuada entre os géneros, foi ainda possível verificar que os homens se encontravam reformados há menos tempo do que as mulheres. Comprovativo desta afirmação foi o facto de, com mais de três anos de reforma, se terem encontrado 32,5% dos homens e 52,2%, das mulheres (Quadro 17).

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo a idade de “entrada na reforma” e o género (1ª FASE).

Idade de entrada na reforma		Género		Total
		Mas	Fem	
40-44 anos	f	6	1	7
	f(%)	2,4	0,5	1,6
44-49 anos	f	9	2	11
	f(%)	3,7	1,1	2,5
50-54 anos	f	28	61	89
	f(%)	11,4	32,8	20,6
55-59 anos	f	104	48	152
	f(%)	42,3	25,8	35,2
60-64 anos	f	64	59	123
	f(%)	26,0	31,7	28,5
65-69 anos	f	30	15	45
	f(%)	12,2	8,1	10,4
70-74 anos	f	5	0	5
	f(%)	2,0	0,0	1,2
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0
		\bar{x} = 58,5 anos DP= 5,683 Min= 42 Max= 71anos	\bar{x} = 58,1 anos DP= 4,891 Min= 51 Max= 68anos	\bar{x} = 58,3 anos DP= 5,368 Min= 42 Max= 71anos

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo o tempo de reforma e o género (1ª FASE).

Tempo de reforma		Género		Total
		Mas	Fem	
[0- 1 ano[	f	18	26	44
	f(%)	7,3	14,0%	10,2%
[1-2 anos[	f	53	37	90
	f(%)	21,5	19,9%	20,8%
[2-3 anos[	f	95	26	121
	f(%)	38,6	14,0%	28,0%
[3-4 anos[	f	29	53	82
	f(%)	11,8	28,5%	19,0%
[4-5 anos]	f	51	44	95
	f(%)	20,8	23,6%	22,0%
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0%	100,0%
		\bar{x} =2,1 anos DP=1,349	\bar{x} =2,1 anos DP=1,638	\bar{x} =2,1 anos DP=1,479

A “*Idade limite*” foi o principal motivo de “entrada na reforma”, correspondendo a 56,9% da amostra (Quadro 18). A este seguiram-se, “*Outros motivos*” (28,7%) e “*Estado de saúde*” (14,4%).

Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo o motivo de “entrada na reforma” e o género (1ª FASE).

Motivo de reforma		Género		Total
		Mas	Fem	
Idade limite	f	149	97	246
	f(%)	60,6	52,2	56,9
Estado de saúde	f	27	35	62
	f(%)	11,0	18,8	14,4
Outros motivos	f	70	54	124
	f(%)	28,4	29,0	28,7
Total	f	246	186	432
	f(%)	100,0	100,0	100,0

Os “Outros” motivos mais frequentemente apresentados (Quadros 19 e 20) foram:

- a “*Idade+Tempo de serviço*” (45,9%), sendo mais frequente no género feminino (66,1%) e nos reformados da área profissional “*Técnicos e profissionais de nível intermédio*” (25,8%);
- a “*Rescisão por mutuo acordo*” (18,0%), mais frequente no género masculino (25,5%) nos inquiridos procedentes da área profissional “*Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas*” (7,2%) e do “*Pessoal dos serviços e vendedores*” (5,4%);
- a “*Perspectiva de diminuição de valor da reforma*” (14,4%), exclusivamente apontada por inquiridos do género masculino e essencialmente reformados das primeiras áreas da classificação nacional de profissões [“*Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas*” (14,8%) e “*Pessoal administrativo e similares*” (10,9%)];
- A “*Invalidez*” e a “*Imigração*” que foram unicamente referenciados pelos “*Trabalhadores não qualificados*”.

Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo outros motivos de “entrada na reforma” e o género(1ª FASE).

Outros motivos de entrada na reforma		Género		Total
		Mas	Fem	
Idade+tempo de serviço	f	14	37	51
	f(%)	25,5	66,1	45,9
Invalidez	f	0	4	4
	f(%)	0,0	7,1	3,6
Rescisão por mutuo acordo	f	14	6	20
	f(%)	25,5	10,7	18,0
Emigrante	f	4	0	4
	f(%)	7,3	0,0	3,6
Cansaço	f	5	3	8
	f(%)	9,1	5,4	7,2
Insatisfação	f	2	6	8
	f(%)	3,6	10,7	7,2
Perspectiva de diminuição do valor da reforma	f	16	0	16
	f(%)	29,0	0,0	14,4
Total	f	55	56	111
	f(%)	100,0	100,0	100,0

O motivo “*Estado de saúde*” foi mais representativo no género feminino (18,8%), sendo a patologia do foro músculo-esquelético a mais referenciada (45,5%). Nos homens que mencionaram o mesmo motivo, os diagnósticos mais referenciados foram os do foro cardiovascular e os do foro psiquiátrico, ambos com uma representatividade de 30,0% (Quadros 19 e 21).

Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo outros motivos de “entrada na reforma” e a área de exercício profissional (1ª FASE).

Outros motivos de “entrada na reforma”		Área profissional*									TOTAL
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Idade+tempo de serviço	f	2	8	31	0	0	0	2	0	8	51
	f(%)	3,7	36,4	25,8	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0	11,6	45,9
Invalidez	f	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	f(%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	3,6
Rescisão mútuo acordo	f	6	0	0	0	6	8	0	0	0	20
	f(%)	11,1	0,0	0,0	0,0	10,3	100,0	0,0	0,0	0,0	18,0
Emigrante	f	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
	f(%)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,8	3,6
Cansaço	f	0	5	0	0	0	0	0	0	3	8
	f(%)	0,0	22,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,3	7,2
Insatisfação	f	0	2	0	6	0	0	0	0	0	8
	f(%)	0,0	9,1	0,0	9,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,2
Diminuição do valor da reforma	f	8	0	1	7	0	0	0	0	0	16
	f(%)	14,8	0,0	0,8	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,4
Total	f	16	15	32	13	6	8	2	0	19	111
	f(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

***Classificação Nacional de Profissões (2001)**

A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas

B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas

C – Técnicos e profissionais de nível intermédio

D – Pessoal administrativo e similares

E – Pessoal dos serviços e vendedores

F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

G – Operários, artífices e trabalhadores similares

H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

I – Trabalhadores não qualificados

Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo o género e o diagnóstico clínico que constituiu motivo de “entrada na reforma” (1ª FASE).

Diagnóstico clínico		Género		Total
		Mas	Fem	
Não menciona	f	7	13	20
	f(%)	35,0	37,1	32,3
Menciona	f	20	22	42
	f(%)	65,5	62,9	67,7
• Foro respiratório	f	5	3	8
	f(%)	25,0	13,6	19,0
• Foro cardiovascular	f	6	7	13
	f(%)	30,0	31,8	31,0
• Foro músculo-esquelético	f	3	10	13
	f(%)	15,0	45,5	31,0
• Foro psiquiátrico	f	6	2	8
	f(%)	30,0	9,1	19,0
Total	f	27	35	62
	f(%)	100,0	100,0	100,0

Os diagnósticos do foro cardiovascular e do foro músculo-esquelético foram os mais referenciados pela amostra que apresentou a alteração do estado de saúde como o motivo de “entrada na reforma”. O diagnóstico clínico do foro músculo-esquelético foi particularmente referido por “Operários, artífices e trabalhadores similares” (66,7%) (Quadro 22).

Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo a área profissional exercida e o diagnóstico clínico que constituiu motivo de “entrada na reforma” (1ª FASE).

Diagnóstico clínico		Área profissional*									TOTAL
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Foro respiratório	f	0	0	0	5	0	0	3	0	0	8
	f(%)	0,0	0,0	0,0	35,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	19,0
Foro cardiovascular	f	0	0	0	6	0	0	0	0	7	13
	f(%)	0,0	0,0	0,0	42,9	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	31,0
Foro músculo-esquelético	f	0	0	4	3	0	0	6	0	0	13
	f(%)	0,0	0,0	100,0	21,4	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	31,0
Foro psiquiátrico	f	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
	f(%)	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	19,0
Total	f	0	0	4	14	8	0	9	0	7	42
	f(%)	0,0	0,0	100,0	100,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0

***Classificação Nacional de Profissões (2001)**

A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas

B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas

C – Técnicos e profissionais de nível intermédio

D – Pessoal administrativo e similares

E – Pessoal dos serviços e vendedores

F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

G – Operários, artífices e trabalhadores similares

H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

I – Trabalhadores não qualificados

1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo aos objectivos apresentados para este estudo, às questões que se pretendiam responder e, em particular, à necessidade de garantir um tamanho de amostra considerável que permitisse obter uma informação abrangente do fenómeno em estudo, a opção pela construção de um questionário foi desde logo equacionada.

Ainda que a curiosidade sobre este domínio fosse muita, na referida construção houve a preocupação de questionar apenas os aspectos que se considerassem essenciais para caracterizar a amostra, obter informação acerca das vivências percebidas e das estratégias adoptadas pelos inquiridos nos primeiros cinco anos após a “entrada na reforma” e, ainda, de obter dados que permitissem efectuar uma avaliação da evolução (antes e após a “entrada na reforma”) dos seus comportamentos e estado de saúde.

Com base nestas premissas e sustentando a sua elaboração em excertos de um instrumento já validado numa amostra da população portuguesa, de idênticas características [Fonseca e Paúl (1999). *Inventário de satisfação com a reforma. Versão Portuguesa*], obteve-se como resultado:

Um questionário, de auto-preenchimento, iniciado por uma breve caracterização do contexto sócio-demográfico do inquirido e seguido por 4 (quatro) grupos que tiveram como objectivo descrever:

- O período de exercício profissional (identificado por A);
- O momento de “entrada na reforma” (identificado por B);
- As alterações e/ou dificuldades percebidas e as estratégias utilizadas, nos primeiros meses após a “entrada na reforma” (identificado por C);
- Evolução dos comportamentos e do estado de saúde (identificado por D).

TESTE PILOTO

Com o intuito de determinar a validade de conteúdo dos enunciados do instrumento de medida inicialmente construído, de verificar a aceitação que este teria na população-alvo e, ainda, de apurar o tempo dispendido no seu integral preenchimento; procedeu-se à realização de um teste piloto.

Este procedimento foi efectuado a 30 (trinta) indivíduos, acessíveis em diversos *settings* [21 inscritos em Unidades de Saúde Familiar da ARS Centro e 9 frequentadores do Curso “UMA” (Universidade dos Mais Adultos), ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra], que se encontravam aposentados há menos de cinco anos e que se disponibilizaram a colaborar de forma voluntária.

Após ter sido efectuada uma análise cuidada dos instrumentos preenchidos e de ter sido auscultada a opinião dos respondentes colaboradores, concluiu-se que: o instrumento era demasiadamente extenso, algumas questões eram de interpretação duvidosa e que, através do seu preenchimento, seria difícil de obter acesso a informação do sistema familiar.

Decorrente das anteriores constatações, tomaram-se as seguintes decisões:

- Por não oferecerem informação essencial para o estudo, foram retiradas algumas questões que se relacionavam com o contexto laboral;
- De forma clarificar a interpretação das questões colocadas, foi simplificado o discurso e melhorado o grafismo do instrumento;
- Porque não permitiam aceder a informação fidedigna sobre a família, foram retiradas todas as questões que se relacionavam com a obtenção de informação acerca do sistema familiar.

O instrumento final é passível de ser analisado no Anexo 1.

1.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DE RECOLHA DE DADOS

De forma a garantir o respeito por todos os pressupostos éticos e deontológicos da prática de investigação, foram realizados os seguintes procedimentos:

Recrutamento de colaboradores para a distribuição dos questionários

- Realizada audiência com o Presidente do Conselho Científico da instituição escolar de acolhimento dos elementos distribuidores (ESENFC), no intuito de informar os objectivos do estudo e da intenção de recrutar voluntários para colaborar na recolha de dados (12.03.07).
- Tendo sido autorizado, foi realizada uma reunião com potenciais elementos distribuidores, no intuito apresentar os objectivos do estudo, de apresentar o procedimento de entrega dos questionários e de solicitar a sua colaboração (19.05.07)

Autorização dos Centros de Saúde

- Enviado (via CTT) pedido formal aos centros de saúde no sentido de autorizarem a aplicação dos questionários aos seus utentes (Anexo 2). (21.04.07)

Obtenção de consentimento informado dos elementos da amostra

- Antecedendo a aplicação dos questionários, os inquiridos foram elucidados sobre os objectivos do estudo e esclarecidos sobre o anonimato e confidencialidade da informação. Na página introdutória do questionário, para além de ter sido reforçada a referida informação, o investigador disponibilizou o seu contacto para qualquer eventual esclarecimento (Anexo 1).

1.7. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico iniciou-se com uma cuidadosa revisão aos instrumentos de colheita de dados, recepcionados. Uma vez anulados aqueles que não apresentavam condições para integrar o estudo (ex. não estarem integralmente preenchidos, não estarem assinados), procedeu-se a uma codificação numérica dos mesmos.

De forma ordenada e mediante codificação das variáveis implicadas, seguiu-se a introdução dos dados em tabela construída para o efeito no programa *SPSS_{17.0}* (*Statistical Package for the Social Science*). Após verificação dos mesmos e no sentido de detectar a existência de lapsos de introdução, procedeu-se a um prévio tratamento estatístico de análise de frequências.

Tendo presente a natureza e os objectivos deste estudo, foram utilizadas medidas estatísticas ajustadas ao tipo de análise que se pretendia efectuar. Deste modo, e após a determinação da normalidade da distribuição das variáveis, recorreu-se ao uso de:

- Medidas de estatística descritiva – quando se pretendeu descrever a amostra relativamente às variáveis contempladas, recorrendo à utilização de frequências absolutas [(f)], frequências observadas [f(o)], frequências esperadas [f(e)], frequências relativas percentuais [f(%)], Média (\bar{x}) e Desvio Padrão (DP);
- Teste *Qui-Quadrado* (χ^2) – quando se pretendeu analisar a relação de independência entre duas variáveis qualitativas ou efectuar o estudo de associação entre variáveis nominais e/ou ordinais, num mesmo tempo de análise. Salienta-se ainda que, neste âmbito de análise, foram tidos como pressupostos: “que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades.” (Pestana e Gageiro, 2008:138). Quando os referidos pressupostos não se verificaram, por sugestão dos anteriores autores, foi utilizado como alternativa o *Teste Exacto de Fisher*;

- Teste *Mann-Whitney (U)* – quando se efectuou o estudo de variáveis ordinais e/ou intervalares com grupos nominais, num mesmo momento de avaliação;
- Teste de *McNemar* ou de mudança de comportamento (χ^2) – quando se pretendeu comparar o comportamento de variáveis em diferentes momentos de avaliação (antes e após).

Em todos os testes, foram tomadas como significativas as medidas de p com valor inferior a 0,05. No teste *Qui-Quadrado* (χ^2), quando tal sucedeu, foi ainda determinado o valor V de *Cramer (W)* por forma a conhecer a intensidade da força da associação.

Relativamente às questões de resposta aberta, o seu tratamento foi realizado com base na análise temática de conteúdo que, segundo Bardin (2008:44), constitui “*Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens*”.

Contemplando a pré-análise, a exploração do material, a inferência e a interpretação, mencionadas por Bardin (2008); numa primeira fase foram identificadas as unidades de significado e numa fase posterior, após análise e interpretação das mesmas à luz do quadro teórico e conceptual, foram constituídas as correspondentes categorias de análise.

Principais decisões estatísticas

Durante o tratamento estatístico dos dados, uma das principais decisões tomadas foi a que resultou da aplicação do teste de aderência à normalidade, à escala “*Vivências após a entrada na reforma*” (variável qualitativa de natureza ordinal), cujo resultado revelou alguma fragilidade (Quadro 23). Esta situação colocou-se com o item 1, no qual os respondentes teriam de emitir a sua opinião relativamente a, após a entrada na reforma, ter passado a estar mais sozinho (item 1 - “*Passei a estar mais sozinho*”). Apesar do seu valor de *alfa* se ter demonstrado um pouco mais elevado do que o dos restantes itens (0,85), o valor que tomou quando correlacionado com o item total (-0,001) denunciou a ambiguidade que o mesmo poderá ter assumido na interpretação dos elementos da

amostra [se para alguns indivíduos, estar sozinho poderá ter tido uma conotação positiva (por terem passado a ter a possibilidade de finalmente ter tempo para eles próprios), para outros, pelo contrário, poderá ter assumido uma conotação negativa (se estavam habituados e lhes era gratificante ter acesso ao convívio social, agora perderam um pouco essa esfera de acção)]. Colocando em causa o sentido geral da variável que se pretendia avaliar, decidiu-se retirar à escala original o referido item.

Quadro 23 – Teste de aderência à normalidade aplicado à escala *Vivência após a “entrada na reforma”* (1ª FASE)

Após a reforma passei a ...	Correlação com o item-total	Alpha de Cronbach se o item apagado
estar mais sozinho	-0,001	0,854
gerir melhor o tempo	0,579	0,796
vida mais descontraída	0,626	0,792
mais tempo para interesses	0,660	0,792
mais cuidado com o aspecto exterior	0,677	0,787
reflectir mais sobre os problemas	0,476	0,806
mais actividades lúdicas	0,666	0,788
mais tempo com família	0,348	0,815
cuidar mais da minha saúde	0,302	0,819
conviver mais com meus amigos	0,564	0,798
descobrir e cultivar novos interesses	0,456	0,807
colaborar mais em actividades comunitárias	0,499	0,804
K-S=0,09 (p<0,001)		

Ainda por se ter verificado uma elevada dispersão da resposta dada em algumas questões (revelando uma certa incompreensão dos inquiridos à questão que era colocada), decidiu-se abandonar o tratamento estatístico referente ao “*Tempo de exercício profissional*” (B1b) e ao “*Local de vigilância de saúde*” (E1a.1).

2. RESULTADOS

A exposição a seguir apresentada remete para a análise das vivências que os inquiridos perceberam no período após “entrada na reforma”. Recordar-se que os resultados nela constantes são referentes ao tratamento estatístico efectuado aos dados obtidos pela aplicação de um questionário a uma amostra constituída por 432 indivíduos reformados há menos de cinco anos.

Caracterização da percepção dos inquiridos relativamente à evolução de algumas vivências que passaram a deter, após a “entrada na reforma”.

Quando solicitados a comparar algumas das vivências que passaram a ter após a “entrada na reforma” com as que anteriormente detinham (Quadro 24), os inquiridos revelaram uma melhoria global de percepção. O facto da média do total de itens ter sido superior a 3, isto é superior a “Igual”, colocou em evidência a referida percepção e pelos valores que assumiu nos dois géneros; poder-se-á, ainda, inferir que essa melhoria foi mais manifesta no género feminino [masculino (\bar{x} =3,59); feminino (\bar{x} =3,65)]. Mas, porque a referida diferença não foi estatisticamente significativa ($Z=-1,465$; $p=0,143$), tudo indica que não se tenha verificado idêntica tendência em todos os itens.

A anterior suposição veio a confirmar-se quando pela significância estatística encontrada, foi possível verificar que após a “entrada na reforma”:

- Comparativamente ao género masculino, os elementos do género feminino passaram a “Ter uma vida mais descontraída” [masculino=202,10; feminino=235,55 ($Z=-2,943$; $p=0,003$)] e a “Realizar mais actividades lúdicas” [masculino=202,59; feminino=234,89 ($Z=-2,776$; $p=0,006$)].
- Comparativamente ao género feminino, os elementos do género masculino perceberam passas a “Conviver mais com os amigos” [masculino=230,33; feminino=198,21 ($Z=-2,788$, $p=0,005$)].

Quadro 24 – Evolução da percepção das vivências adoptadas após a “entrada na reforma” em função do género (1ª FASE)

Vivências adoptadas após a “entrada na reforma”	Género	nº	\bar{x}	\bar{x} dos postos	Z	p
Passei a gerir melhor o tempo	Mas	246	3,53	207,93	-1,696	0,090
	Fem	186	3,77	227,84		
Passei a ter uma vida mais descontraída	Mas	246	3,99	202,10	-2,943	0,003
	Fem	186	4,05	235,55		
Passei a ter mais tempo para os meus interesses	Mas	246	4,06	207,68	-1,817	0,069
	Fem	186	4,11	228,16		
Passei a ter mais cuidado com o aspecto exterior	Mas	246	3,20	207,51	-1,815	0,069
	Fem	186	3,40	228,39		
Passei a reflectir mais sobre os problemas	Mas	246	3,71	221,20	-0,953	0,340
	Fem	186	3,69	210,28		
Passei a realizar mais actividades lúdicas	Mas	246	3,39	202,59	-2,776	0,006
	Fem	186	3,67	234,89		
Passei a estar mais tempo com família	Mas	246	4,11	220,82	-0,882	0,378
	Fem	186	4,06	210,79		
Passei a cuidar mais da minha saúde	Mas	246	3,63	214,63	-0,378	0,706
	Fem	186	3,72	218,98		
Passei a conviver mais com os meus amigos	Mas	246	3,58	230,33	-2,788	0,005
	Fem	186	3,34	198,21		
Passei a descobrir e cultivar novos interesses	Mas	246	3,33	210,71	-1,147	0,251
	Fem	186	3,41	224,16		
Passei a colaborar mais em actividades comunitárias	Mas	246	2,99	218,43	-0,382	0,702
	Fem	186	2,94	213,94		
Total dos itens (\bar{X})	Mas	246	3,59	208,86	-1,465	0,143
	Fem	186	3,65	226,60		

Caracterização dos inquiridos que percepcionaram a vivência de alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”

A vivência de alterações e/ou dificuldades, nos primeiros meses após a “entrada na reforma”, foi percepcionada por 31,5% dos elementos da amostra (Quadro 25). Entre os que manifestaram a referida percepção:

- 61,8% dos inquiridos apresentava uma idade superior a 65 anos, à data da “entrada na reforma”. Estatisticamente significativa, a associação entre estas duas variáveis revelou uma força fraca [$\chi^2=15,690$; $p<0,001$ ($W=0,191$)];
- 32,5% dos inquiridos eram do género masculino e 30,1% do género feminino ($\chi^2=0,286$; $p=0,603$);
- 71,4% dos inquiridos eram pertencentes ao estado civil “divorciado/separado” e 55,5% ao estado civil “solteiro”, sendo a referida associação estatisticamente significativa de força fraca [$\chi^2=14,913$; $p=0,002$ ($W=0,196$)];
- Os inquiridos com escolaridade média (5-9 anos) foram os que percepcionaram em maior percentagem (40,0%) a vivência de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma”. Enquanto que os que não frequentaram o ensino escolar não percepcionaram qualquer tipo de alteração e/ou dificuldade. A associação entre estas duas variáveis revelou-se estatisticamente significativa e de força fraca [$\chi^2=12,293$; $p=0,015$; ($W=0,176$)];
- Os inquiridos do nível socio-económico médio foram os que percepcionaram, em maior percentagem (35,2%), a vivência de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma”. Porém, estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos ($\chi^2=3,047$; $p=0,218$).

Quadro 25 – Associação entre variáveis sociodemográficas e a percepção da vivência de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Variáveis sócio-demográficas			Alterações e/ou Dificuldades		Total
			Não	Sim	
Idade (de entrada na reforma)	<65 anos	f(o)	283	115	398
		f(e)	272,7	125,3	398,0
		f(%)	71,1	28,9	100,0
	≥65anos	f(o)	13	21	34
		f(e)	23,3	10,7	34,0
		f(%)	38,2	61,8	100,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=15,690; p<0,001 (W=0,191)$					
Género	Mas	f(o)	166	80	246
		f(e)	168,6	77,4	246,0
		f(%)	67,5	32,5	100,0
	Fem	f(o)	130	56	186
		f(e)	127,4	58,6	186,0
		f(%)	69,9	30,1	100,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=0,286; p=0,603$					
Estado Civil	Solteiro	f(o)	4	5	9
		f(e)	6,2	2,8	9,0
		f(%)	44,5	55,5	100,0
	Casado/ União de facto	f(o)	280	120	400
		f(e)	274,1	125,9	400,0
		f(%)	70,0	30,0	100,0
	Divorciado/ Separado	f(o)	4	10	14
		f(e)	9,6	4,4	14,0
		f(%)	28,6	71,4	100,0
	Viúvo	f(o)	8	1	9
		f(e)	6,2	2,8	9,0
		f(%)	88,9	11,1	100,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=14,913; p=0,002 (W=0,196)$					
Escolaridade	Sem Frequência	f(o)	7	0	7
		f(e)	4,8	2,2	7,0
		f(%)	100,0	0,0	100,0
	1-4 anos	f(o)	96	59	155
		f(e)	106,2	48,8	155,0
		f(%)	61,9	38,1	100,0
	5-9anos	f(o)	36	24	60
		f(e)	41,1	18,9	60,0
		f(%)	60,0	40,0	100,0
	9-12 anos	f(o)	66	24	90
		f(e)	61,7	28,3	90,0
		f(%)	73,3	26,7	100,0
	Ensino Superior	f(o)	91	29	120
		f(e)	82,2	37,8	120,0
		f(%)	75,8	24,2	100,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=12,293; p=0,015 (W=0,176)$					
NSE	Baixo	f(o)	68	31	99
		f(e)	67,8	31,2	99,0
		f(%)	68,7	31,3	100,0
	Médio	f(o)	129	70	199
		f(e)	136,4	62,6	199,0
		f(%)	64,8	35,2	100,0
	Elevado	f(o)	99	35	134
		f(e)	91,8	42,2	134,0
		f(%)	73,9	26,1	100,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=3,047; p=0,218$					

O estudo da associação entre a percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” e a área profissional, na qual os inquiridos tinham exercido (Quadro 26), revelou resultados estatisticamente significativos [$\chi^2=23,027$; $p=0,003$ ($W=0,236$)]. Sendo que: 23,5% dos inquiridos era proveniente da área “Pessoal administrativo e similares”, 22,8% da área dos “Técnicos e profissionais de nível intermédio” e 17,6% da área do “Pessoal dos serviços e vendedores”.

Na área profissional “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”, não se verificaram casos de percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma”.

Quadro 26 – Associação entre a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” e a área de exercício profissional (1ª FASE).

Alterações e/ou Dificuldades		Área profissional*									Total
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	
Não	f(o)	41	17	89	32	34	8	17	6	52	296
	f(e)	37,0	15,1	82,2	43,9	39,7	5,5	17,8	7,5	47,3	296,0
	f(%)	13,9	5,7	30,1	10,8	11,5	2,7	5,7	2,0	17,6	100,0
Sim	f(o)	13	5	31	32	24	0	9	5	17	136
	f(e)	17,0	6,9	37,8	20,1	18,3	2,5	8,2	3,5	21,7	136,0
	f(%)	9,6	3,7	22,8	23,5	17,6	0,0	6,6	3,7	12,5	100,0
Total	f(o)	54	22	120	64	58	8	26	11	69	432
	f(e)	54,0	22,0	120,0	64,0	58,0	8,0	26,0	11,0	69,0	432,0
	f(%)	12,5	5,1	27,8	14,8	13,4	1,9	6,0	2,5	16,0	100,0
$\chi^2=23,027$; $p=0,003$ ($W= 0,236$)											

*Classificação Nacional de Profissões (2001)

A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas

B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas

C – Técnicos e profissionais de nível intermédio

D – Pessoal administrativo e similares

E – Pessoal dos serviços e vendedores

F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas

G – Operários, artífices e trabalhadores similares

H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem

I – Trabalhadores não qualificados

Os resultados do estudo de associação realizado entre a percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” e o tempo de reforma, que detinham no momento do preenchimento do instrumento de colheita de dados (Quadro 27), fez notar que foi entre os dois e quatro anos de tempo de reforma que os inquiridos manifestaram maioritariamente essa percepção. Porém, estes resultados não se revelaram estatisticamente significativos ($\chi^2=7,659$; $p=0,105$).

Quadro 27 – Associação entre a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” e o tempo de “entrada na reforma” (1ª FASE).

Alterações e/ou Dificuldades		Tempo de reforma					Total
		<1 ano	1-2 anos	2-3 anos	3-4 anos	4-5 anos	
Não	f(o)	33	68	76	50	69	296
	f(e)	30,1	61,7	82,9	56,2	65,1	296,0
	f(%)	75,0	75,6	62,8	61,0	72,6	68,5
Sim	f(o)	11	22	45	32	26	136
	f(e)	13,9	28,3	38,1	25,8	29,9	136,0
	f(%)	25,0	24,4	37,2	39,0	27,4	31,5
Total	f(o)	44	90	121	82	95	432
	f(e)	44,0	90,0	121,0	82,0	95,0	432,0
	f(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=7,659; p=0,105$							

A associação estatística efectuada entre a frequência de actividades no local de trabalho e a percepção de alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” revelou uma ausência de significância estatística em todas as áreas contempladas [Vigilância de saúde ($\chi^2=0,343; p=0,558$); Formação em serviço ($\chi^2=1,319; p=0,296$); Formação em saúde ($\chi^2=3,603; p=0,065$); Desporto ($\chi^2=0,283; p=0,639$)] (Quadro 28).

Quadro 28 – Associação entre as actividades frequentadas no local de trabalho e a percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Actividades frequentadas no local de trabalho			Alterações e/ou Dificuldades		Total
			Não	Sim	
Vigilância de saúde	Não	f(o)	200	88	288
		f(e)	197,3	90,7	288,0
		f(%)	67,6	64,7	66,7
	Sim	f(o)	96	48	144
		f(e)	98,7	45,3	144,0
		f(%)	32,4	35,3	33,3
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=0,343; p=0,558$					
Formação em serviço	Não	f(o)	161	82	243
		f(e)	166,5	76,5	243,0
		f(%)	54,4	60,3	56,2
	Sim	f(o)	135	54	189
		f(e)	129,5	59,5	189,0
		f(%)	45,6	39,7	43,8
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=1,319; p=0,296$					
Formação em saúde	Não	f(o)	247	103	350
		f(e)	239,8	110,2	350,0
		f(%)	83,4	75,7	81,0
	Sim	f(o)	49	33	82
		f(e)	56,2	25,8	82,0
		f(%)	16,6	24,3	19,0
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=3,603; p=0,065$					
Desporto	Não	f(o)	258	121	379
		f(e)	259,7	119,3	379,0
		f(%)	87,2	89,0	87,7
	Sim	f(o)	38	15	53
		f(e)	36,3	16,7	53,0
		f(%)	12,8	11,0	12,3
Total		f(o)	296	136	432
		f(e)	296,0	136,0	432,0
		f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=0,283; p=0,639$					

Idêntica ausência de significância estatística sucedeu entre as variáveis *Frequência de actividades fora do local de trabalho* e *Percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma”* ($\chi^2=0,740$; $p=0,390$) (Quadro 29).

Quadro 29 – Associação entre a frequência de actividades fora do local de trabalho e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Frequência de actividades		Alterações e/ou dificuldades		Total
		Não	Sim	
Não	f(o)	271	121	392
	f(e)	268,6	123,4	392,0
	f(%)	69,1	30,9	100,0
Sim	f(o)	25	15	40
	f(e)	27,4	12,6	40,0
	f(%)	62,5	37,5	100,0
Total	f(o)	296	136	432
	f(e)	296,0	136,0	432,0
	f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=0,740$; $p=0,390$				

O estudo de associação realizado entre as variáveis *Satisfação com o trabalho* e *Percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma”* revelou resultados estatisticamente significativos [$\chi^2=15,072$; $p=0,002$ ($w=0,187$)], tendo-se verificado que os indivíduos mais insatisfeitos perceberam menos dificuldades e/ou alterações na “entrada na reforma” do que os mais satisfeitos (Quadro 30).

Quadro 30 – Associação entre a satisfação com o trabalho e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Satisfação com o trabalho		Alterações e/ou dificuldades		Total
		Não	Sim	
Muito insatisfeito	f(o)	8	1	9
	f(e)	6,2	2,8	9,0
	f(%)	88,9	11,1	100,0
Insatisfeito	f(o)	38	37	75
	f(e)	51,4	23,6	75,0
	f(%)	50,7	49,3	100,0
Satisfeito	f(o)	190	78	268
	f(e)	183,6	84,4	268,0
	f(%)	70,9	29,1	100,0
Muito satisfeito	f(o)	60	20	80
	f(e)	54,8	25,2	80,0
	f(%)	75,0	25,0	100,0
Total	f(o)	296	136	432
	f(e)	296,0	136,0	432,0
	f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=15,072$; $p=0,002$ ($w=0,187$)				

Igualmente significativo em termos estatísticos [$\chi^2=12,896$; $p=0,004$ ($w=0,173$)], os resultados do estudo de associação realizado entre as variáveis *Satisfação com a perspectiva da “entrada na reforma”* e *Percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma”*, evidenciaram que os indivíduos muito satisfeitos com a perspectiva da “entrada na reforma” foram os que se posicionaram, em maior percentagem, na ausência de percepção de alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”.

Quadro 31 – Associação entre a satisfação com a perspectiva da “entrada na reforma” e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Satisfação com a perspectiva da “entrada na reforma”		Alterações e/ou dificuldades		Total
		Não	Sim	
Muito insatisfeito	f(o)	13	17	30
	f(e)	20,6	9,4	30,0
	f(%)	43,3	56,7	100,0
Insatisfeito	f(o)	20	14	34
	f(e)	23,3	10,7	34,0
	f(%)	58,8	41,2	100,0
Satisfeito	f(o)	144	64	208
	f(e)	142,5	65,5	208,0
	f(%)	69,2	30,8	100,0
Muito satisfeito	f(o)	119	41	160
	f(e)	109,6	50,4	160,0
	f(%)	74,4	25,6	100,0
Total	f(o)	296	136	432
	f(e)	296,0	136,0	432,0
	f(%)	68,5	31,5	100,0
$\chi^2=12,896$; $p=0,004$ ($w=0,173$)				

Os indivíduos que se aposentaram pelo motivo “estado de saúde” foram os que perceberam em maior percentagem (82,3%) a vivência de alterações e/ou dificuldades (Quadro 32). Este resultado revelou-se estatisticamente significativo, mas de força correlacional fraca [$\chi^2=91,59$; $p<0,001$ ($W=0,107$)].

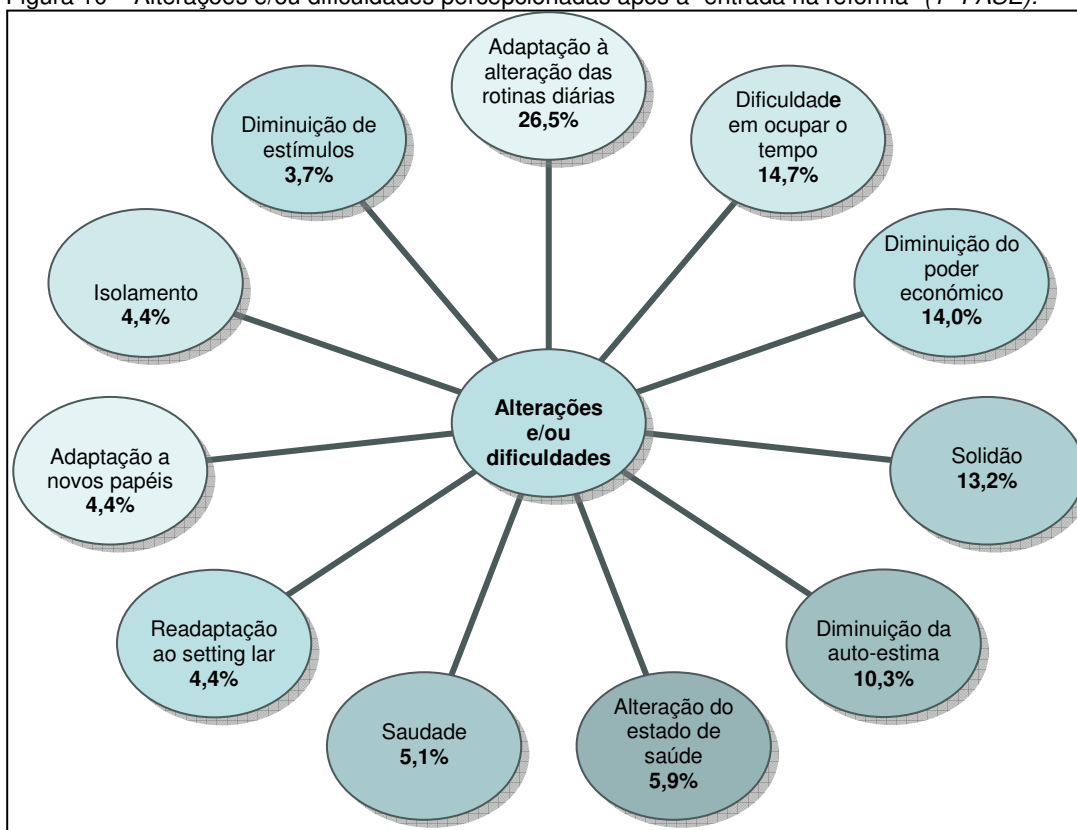
Quadro 32 – Associação entre o motivo de “entrada na reforma” e a percepção de alterações/dificuldades após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Motivo de entrada na reforma		Alterações e/ou Dificuldades		Total
		Não	Sim	
Idade limite	f(o)	180	66	246
	f(e)	168,6	77,4	246,0
	f(%)	73,2	26,8	100,0
Estado de saúde	f(o)	11	51	62
	f(e)	42,5	19,5	62,0
	f(%)	17,7	82,3	100,0
Outro	f(o)	105	19	124
	f(e)	85,0	39,0	124,0
	f(%)	84,7	15,3	100,0
Total	f(o)	296	136	432
	f(e)	296,0	136,0	432,0
	f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=91,590$; $p<0,001$ ($W=0,107$)				

Caracterização das alterações e/ou dificuldades percebidas pelos inquiridos, no período de “entrada na reforma”

As alterações e/ou dificuldades percebidas pelos inquiridos, nos meses subsequentes à “entrada na reforma” (n=136), foram as mais diversas (Apêndice 1). Alguns chegaram mesmo a mencionar a percepção de mais do que uma alteração e/ou dificuldade vivenciada, razão pela qual foram alvo de análise um total de 145 unidades de significado. As mais frequentes reportaram-se às categorias (Figura 10; Gráficos 5 e 6): “Adaptação à alteração das rotinas diárias” (26,5%), “Dificuldade em ocupar o tempo” (14,7%), “Diminuição do poder económico” (14,0%) e “Solidão” (13,2%). Com menor frequência, foram proferidas a “Diminuição da auto-estima” (10,3%), a “Alteração do estado de saúde” (5,9%), a “Saudade” (5,1%), o “Isolamento”, a “Readaptação ao setting lar” e a “Adaptação a novos papéis” (ambas com 4,4%) e, ainda, a “Diminuição de estímulos” (3,7%).

Figura 10 – Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma” (1ª FASE).



Numa análise sistematizada e por ordem decrescente de representatividade, as referidas categorias caracterizaram-se da seguinte forma (Apêndice 1):

- A “*Adaptação à alteração das rotinas diárias*” foi sentida por inquiridos com média de idade de 65,4 anos, predominantemente do género masculino (55,6%) e cujo exercício profissional decorrerá nas áreas profissionais *A* (Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas) e *B* (Especialistas das profissões intelectuais e científicas), ambas com 30,6%. Nesta mesma categoria, a unidade de significado “*sentimento de falta de rotinas*” foi a mais mencionada (41,7%);
- A “*Dificuldade em ocupar o tempo*” foi manifestada por inquiridos com uma média de idade ligeiramente inferior (\bar{x} =62,6 anos), maioritariamente do género masculino (55,0%) e bastante mais heterogénea, quanto às áreas de classificação profissional. As unidades de significado “*ser detentor de muito tempo livre*” e “*falta de ocupação*” evidenciaram-se, ambas mencionadas por 45,0% dos respondentes, desta categoria;
- A “*Diminuição do poder económico*” foi referida por inquiridos com uma média de idade mais avançada (\bar{x} =66 anos) e particularmente assumida pelo género feminino (68,4%) da área profissional *I* (Trabalhadores não qualificados) (78,9%). A “*Redução de entrada económica*” foi a unidade de significado mais referenciada (53,6%), seguindo-se “*Maior dificuldade de gestão*” (36,8%) e “*Menor actividade económica*” (21,0%);
- A “*Solidão*” foi indicada por elementos da amostra com uma média de idade de 60,3 anos, maioritariamente do género feminino (72,2%) e proveniente das primeiras áreas de classificação profissional, com particular incidência para a *D* (Pessoal administrativo e similares) com 61,1%. O “*Sentimento de solidão*” foi a unidade de significado mais proferida (66,6%) e, segundo os mesmos, apenas 33,0% passou a estar, efectivamente “*Mais tempo só*”;
- A “*Diminuição da auto-estima*” foi referida por ambos os géneros, com uma média de idade de 64,9 anos e uma vez mais com particular incidência na área profissional *D* (Pessoal administrativo e similares). O “*Sentimento de inutilidade*” foi a unidade de significado mais frequente (64,3%);

- A “*Alteração do estado de saúde*” foi proferida por indivíduos com uma média de idade de 58,6 anos, maioritariamente do género masculino (87,5%) e provenientes da área *E* (Pessoal dos serviços e vendedores) (75%). As algias, em regiões anatómicas não identificadas, foram as unidades de significado mais frequentes (37,5%);
- A “*Saudade*” foi referida por 85,7% de elementos do género feminino, principalmente vindos do exercício nas áreas profissionais *A* (Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas) (57,1%) e *B* (Especialistas das profissões intelectuais e científicas) (28,8%). Neste âmbito a “*Saudade dos colegas*” (57,1%) e a “*Saudade do trabalho*” (28,6%) foram os principais motivos para que tal sentimento se tivesse instalado;
- O “*Isolamento*” foi uma categoria unicamente verbalizada por elementos do género masculino (100,0%), com uma média de idade de 53,3 anos, provenientes das áreas profissionais *D* (Pessoal administrativo e similares) (66,7%) e *E* (Pessoal dos serviços e vendedores) (33,3%). “*Sentir preso*” e “*Sentir isolado*” foram as unidades de significado mais frequentes, ambas com uma representatividade de 33,3%;
- A “*Readaptação ao setting lar*” foi outra das alterações e/ou dificuldades sentidas exclusivamente por elementos do género masculino (100,0%), com uma média de idade de 56,5 anos e maioritariamente procedentes das áreas *H* (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem) (50,0%) e *E* (Pessoal dos serviços e vendedores) (33,3%). Para metade dos inquiridos que constituíram esta categoria, “*Estar tanto tempo em casa*” foi o motivo que originou esta dificuldade;
- A “*Adaptação a novos papéis*” foi verbalizada por inquiridos com uma média de idade de 56,5 anos, maioritariamente do género masculino (66,6%) e provenientes da área profissional *C* (Técnicos e profissionais de nível intermédio) (50,0%).
- O desenvolvimento de “*Novas tarefas/funções/papéis na família*” (66,7%) e “*Maior envolvimento na família*” (50,0%) foram as unidades de significação mais proferidas;
- A “*Diminuição de estímulos*” foi maioritariamente verbalizada por elementos do género masculino (60,0%), com uma média de idade de 56,8 anos e procedentes de áreas profissionais díspares. A menção de “*falta de estímulos*”, por si só, foi a unidade de significado mais relevante (60,0%).

Gráfico 5 – Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”, em função da idade (1ª FASE).

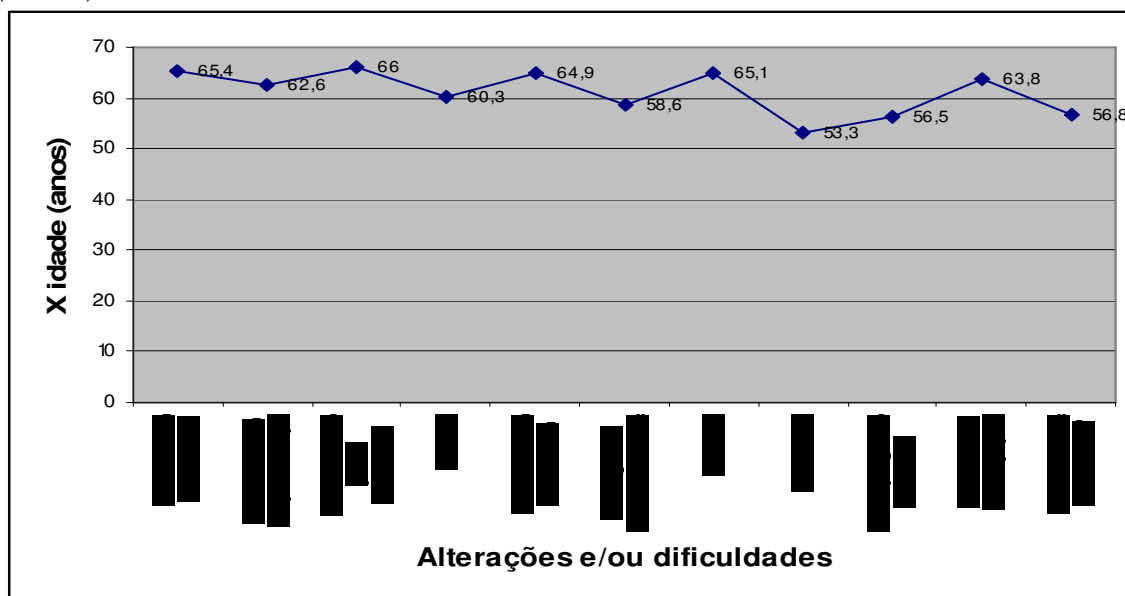
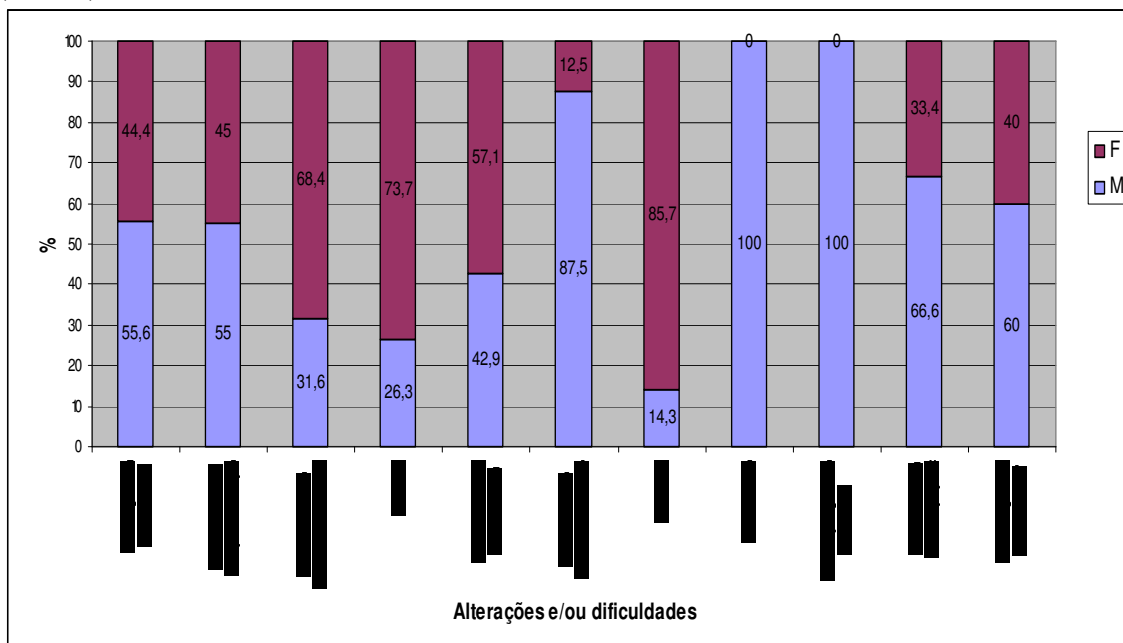


Gráfico 6 – Alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”, em função do gênero (1ª FASE).



Estratégias adoptadas pelos inquiridos para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percebidas, no período de “entrada na reforma”

Da totalidade das alterações e/ou dificuldades percebidas pelos inquiridos (n=145), apenas 100 foram alvo de análise, em termos de estratégias adoptadas. Esta perda de informação decorreu do facto de alguns inquiridos terem mencionado a percepção de vivência de alteração e/ou dificuldade sem terem feito qualquer tipo de referência às estratégias utilizadas para as ultrapassar (n=38) e, noutros casos, por não terem sido perceptíveis os registos escritos nos questionários (n=7).

Com base na informação obtida (Apêndice 2), foi possível verificar que:

- Na categoria “Adaptação à alteração de rotinas diárias”, as estratégias mais mencionadas foram a auto-imposição de um ritmo ou rotina diária (29,2%) (ex.: Q₃₁₉ “...passei a pôr o despertador”, Q₃₂₃ “...vou buscar o pão logo pela manhã”) e a maior frequência de locais e/ou instituições públicas (25,0%) (ex.: “ida ao café”, “frequência regular de bibliotecas, associações e IPSS”);
- Na categoria “Dificuldade em ocupar o tempo”, as estratégias mais preferidas foram a ocupação no lar (ex. Q₈₂ “...faço renda, pinto e organizo as actividades diárias.”, Q₉₃ “...realizo actividades domésticas...”, Q₉₉ “...trabalhar no jardim e em casa.”,...) (23,0%) e o voluntariado (ex. Q₇₆ “leitura e acompanhamento de familiares/amigos idosos”) (7,7%);
- Na categoria “Diminuição do poder económico”, as estratégias utilizadas foram mais direccionadas tendo em vista a minimização da especificidade deste problema. Neste sentido “poupar” foi uma estratégia adoptada por 64,7% dos inquiridos que se posicionaram nesta categoria, e “aproveitar e/ou reaproveitar” por 47,0%, dos mesmos. O “recurso à ajuda de familiares” foi igualmente preferido por 5,9%, dos referidos inquiridos;

- Na categoria “Solidão”, o recurso ao visionamento de “televisão” revelou-se uma das principais estratégias adoptadas pelos inquiridos (26,6%). Em menor percentagem foram igualmente adoptadas como estratégias: “*ir às compras*”, passear (ex. Q₁₅₂ “*Realizar excursões*”), “*procurar companhia*”, “*conversar com vizinhos*” e a realização de voluntariado (6,6%);
- Na categoria “*Diminuição da auto-estima*”, foram essencialmente mencionadas como estratégias: a participação em instituições da comunidade (ex. Q₆₇ “...participo mais em acções comunitárias, Q₂₈₉” ...passei a frequentar mais a paróquia”) e a procura de fontes de valorização pessoal (ex. Q₈₉ “...ajudo a minha filha com os meus netos”, Q₁₉₇ “...arranjei um grupo de amigas e passei a ir lanchar com elas duas vezes por semana...”, Q₃₁₁ “...todas as sextas feiras vou ao cabeleireiro”);
- Na categoria “Alteração do estado de saúde”, todas as estratégias foram adoptadas no sentido de minimizar e de reabilitar as complicações decorrentes do estado de saúde apresentado (ex. Q₄₈ “...realizo consulta em psicólogo e psiquiatra”);
- Na categoria “Saudade”, a maioria dos casos (60%) referiu ultrapassar esta alteração e/ou dificuldade com a procura activa de proximidade das fontes que lhe proporcionavam o desvanecer deste sentimento. Nesta mesma categoria, outros discursos denotaram uma certa resignação perante este sentimento (ex. Q₂₃₆ “*Já não tenho coragem de ir ao local de trabalho porque parece que já não conheço ninguém, nem ninguém me conhece a mim!*”);
- Na categoria “Isolamento”, entre os vários inquiridos que foram identificados como pertencentes à mesma, apenas um inquirido mencionou como estratégia – Q₃₄₄ “... procurei os meus amigos do passado”. Todos os restantes elementos não fizeram menção a qualquer estratégia;
- Na categoria “Readaptação ao setting lar”, a maioria das estratégias mencionadas tomaram o sentido de uma procura em sistemas exteriores ao familiar (ex. Q₃₈ “...procurava alguns convívios”, Q₂₄₀ “...tentava encontrar os amigos”, Q₃₅₀ “...ia ao centro da vila”);

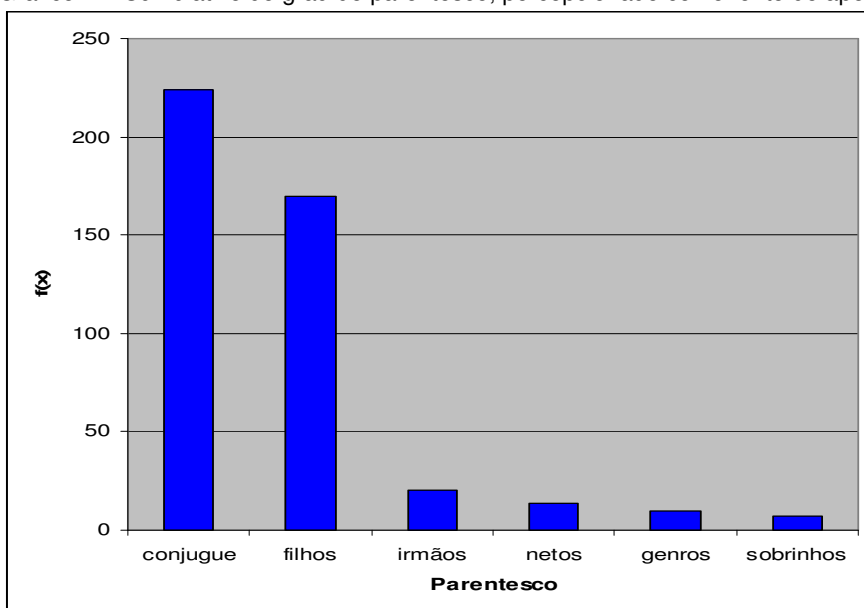
- Na categoria “Adaptação a novos papéis”, a maior participação nas funções e tarefas familiares, mais especificamente no sistema abrangente à família alargada, foi bastante evidente (ex. Q₁₈₃ “Ajudo a minha filha”, Q₃₉₅ “...cuido dos meus netos”);
- Na categoria “Diminuição de estímulos”, as estratégias apresentadas foram as mais diversas (ex. Q₃₈ “...fazendo bricolage”, Q₄₂ “...passar mais tempo com o meu marido”, Q₄₇ “...continuar a ir à minha escola na hora do intervalo”).

Fontes de apoio referidas pelos inquiridos, para fazer face às alterações e /ou dificuldades percebidas na “entrada na reforma”

Para 71,5% dos inquiridos, a família constituiu a principal fonte de apoio na “entrada na reforma”. A esta, seguiram-se os amigos (35,6%) e os colegas de trabalho (22,7%). Os profissionais de saúde ocuparam o último lugar, com 13,2% (Quadro 31).

Entre os inquiridos que apontaram a família como fonte de apoio, 39,4% não mencionou o grau de parentesco. Dos que o referiram, o cônjuge e os filhos foram os parentes mais apontados (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Cumulativo do grau de parentesco, percebido como fonte de apoio (1ª FASE).



Quando efectuado o estudo de associação entre os inquiridos que perceberam alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” e as fontes que consideraram os ter apoiado neste período (Quadro 33), a família tomou um lugar de destaque (78,7%) [$\chi^2=4,981$; $p=0,029$ ($W=0,107$)] e a esta seguiram-se os amigos (44,9%) [$\chi^2=9,890$; $p=0,002$ ($W=0,151$)] e os colegas de trabalho (38,2%) [$\chi^2=33,979$; $p<0,001$ ($W=0,280$)]. Os menos referidos foram os profissionais de saúde (21,3%) [$\chi^2=17,273$; $p<0,001$ ($W=0,137$)] e as instituições (11,0%) [$\chi^2=8,162$; $p=0,004$ ($W=0,137$)].

Quadro 31 – Associação entre as fontes de apoio e a percepção de alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” (1ª FASE).

Pessoa, Grupo ou Instituição que apoiou			Alterações e/ou Dificuldades		Total	
			Não	Sim		
Família	Não	f(o)	94	29	123	
		f(e)	84,3	38,7	123,0	
		f(%)	31,8	21,3	28,5	
	Sim	f(o)	202	107	309	
		f(e)	211,7	97,3	309,0	
		f(%)	68,2	78,7	71,5	
Total			f(o)	296	136	432
			f(e)	296,0	136,0	432,0
			f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=4,981$; $p=0,029$ ($W=0,107$)						
Amigos	Não	f(o)	209	75	284	
		f(e)	194,6	89,4	284,0	
		f(%)	70,6	55,1	65,7	
	Sim	f(o)	87	61	148	
		f(e)	101,4	46,6	148,0	
		f(%)	29,4	44,9	34,3	
Total			f(o)	296	136	432
			f(e)	296,0	136,0	432,0
			f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=9,890$; $p=0,002$ ($W=0,151$)						
Colegas de trabalho	Não	f(o)	256	84	340	
		f(e)	233,0	107,0	340,0	
		f(%)	86,5	61,8	78,7	
	Sim	f(o)	40	52	92	
		f(e)	63,0	29,0	92,0	
		f(%)	13,5	38,2	21,3	
Total			f(o)	296	136	432
			f(e)	296,0	136,0	432,0
			f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=33,979$; $p<0,001$ ($W=0,280$)						
Profissionais de Saúde	Não	f(o)	274	107	381	
		f(e)	261,1	119,9	381,0	
		f(%)	92,6	78,7	88,2	
	Sim	f(o)	22	29	51	
		f(e)	34,9	16,1	51,0	
		f(%)	7,4	21,3	11,8	
Total			f(o)	296	136	432
			f(e)	296,0	136,0	432,0
			f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=17,273$; $p<0,001$ ($W=0,200$)						
Instituições	Não	f(o)	229	121	350	
		f(e)	239,8	110,2	350,0	
		f(%)	77,4	89,0	81,0	
	Sim	f(o)	67	15	82	
		f(e)	56,2	25,8	82,0	
		f(%)	22,6	11,0	19,0	
Total			f(o)	296	136	432
			f(e)	296,0	136,0	432,0
			f(%)	100,0	100,0	100,0
$\chi^2=8,162$; $p=0,004$ ($W=0,137$)						

Caracterização da evolução dos comportamentos e do estado de saúde

A prática de vigilância de saúde melhorou após a “entrada na reforma”. A referida melhoria revelou-se estatisticamente significativa em ambos os géneros [masculino ($\chi^2=17,042$; $p=0,002$); feminino ($\chi^2=83,104$; $p<0,001$)] e foi mais evidente no género masculino [masculino(86,7%); feminino(52,9%)] (Quadro 34).

Quadro 34 – Evolução do comportamento de vigilância de saúde em função do género (1ª FASE).

Género	Momento			Após		Total		
	Vigilância de saúde			Não	Sim			
Mas	Antes	Não	f(o)	4	26	30		
			f(e)	0,7	29,3	30,0		
			f(%)	13,3	86,7	100,0		
		Sim	f(o)	2	214	216		
			f(e)	5,3	210,7	216,0		
			f(%)	0,9	99,1	100,0		
		Total	f(o)	6	240	246		
			f(e)	6,0	240,0	246,0		
			f(%)	47,1	52,9	100,0		
		$\chi^2=17,042$; $p=0,002^*$ ($W=0,263$)						
		Fem	Antes	Não	f(o)	8	9	17
					f(e)	0,7	16,3	17,0
f(%)	47,1				52,9	100,0		
Sim	f(o)			0	169	169		
	f(e)			7,3	161,7	169,0		
	f(%)			0,0	100,0	100,0		
Total	f(o)			8	178	186		
	f(e)			8,0	178,0	186,0		
	f(%)			4,3	95,7	100,0		
$\chi^2=83,104$; $p<0,001^*$ ($W=0,668$)								

* Teste Exacto de Fisher

A incidência de patologia crónica aumentou após a “entrada na reforma” (Quadro 35). No género feminino, esse aumento foi superior [feminino (7,5%), masculino (1,3%)] e revelou-se estatisticamente significativo ($p=0,008$).

Quadro 35 – Evolução do diagnóstico de doença crónica em função do género* (1ª FASE).

Género	Momento			Após		Total		
	Doença crónica			Não	Sim			
Mas	Antes	Não	f(o)	147	2	149		
			f(e)	89,0	60,0	149,0		
			f(%)	98,7	1,3	100,0		
		Sim	f(o)	a)	97	97		
			f(e)	58,0	39,0	97,0		
			f(%)	0,0	100,0	100,0		
		Total	f(o)	147	99	246		
			f(e)	147,0	99,0	246,0		
			f(%)	59,8	40,2	100,0		
		$p=0,500$						
		Fem	Antes	Não	f(o)	98	8	106
					f(e)	55,8	50,2	106,0
f(%)	92,5				7,5	100,0		
Sim	f(o)			a)	80	80		
	f(e)			42,2	37,8	80,0		
	f(%)			0,0	100,0	100,0		
Total	f(o)			98	88	186		
	f(e)			98,0	88,0	186,0		
	f(%)			52,7	47,3	100,0		
$p=0,008$								

a) Não se observa *Cálculo baseado na distribuição binomial

Os diagnósticos clínicos de hipertensão arterial e de diabetes *mellitus* foram os que mais se evidenciaram na amostra, nos dois momentos em avaliação (Quadro 36). Após a “entrada na reforma”:

- Foi no género feminino que se verificou a maior incidência de patologia crónica, tendo esse fenómeno ficado essencialmente a dever-se ao número de novos casos de diabetes *mellitus* diagnosticados (+ 8 novos casos);
- A incidência de patologia do foro psiquiátrico foi a que se fez manifestar com maior expressão na amostra (+ 8 novos casos), tendo esse fenómeno sido mais notório no género masculino (+ 6 novos casos).

Quadro 36 – Distribuição dos diagnósticos de doença crónica, antes e após a “entrada na reforma”, em função do género (1ª FASE).

Momento		Antes			Após			Dif.(f) (após-antes)		
		Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total	Mas	Fem	Total
Diagnósticos	Género									
Hipertensão Arterial	f	33	33	66	32	36	68	-1	+3	+2
	f(%)	30,8	40,8	35,1	29,5	37,9	33,3			
Diabetes	f	40	4	44	37	12	49	-3	+8	+5
	f(%)	37,4	4,9	23,4	33,9	12,6	24,0			
Foro cardiovascular	f	13	0	13	13	0	13	0	0	0
	f(%)	12,2	0,0	6,9	11,9	0,0	6,4			
Foro hematológico	f	0	3	3	0	3	3	0	0	0
	f(%)	0,0	3,7	1,6	0,0	3,2	1,5			
Foro neurológico	f	4	0	4	4	0	4	0	0	0
	f(%)	3,7	0,0	2,1	3,7	0,0	1,9			
Foro oncológico	f	8	6	15	8	7	15	0	+1	+1
	f(%)	7,5	7,4	8,0	7,3	7,4	7,4			
Foro psiquiátrico	f	0	7	7	6	9	15	+6	+2	+8
	f(%)	0,0	8,6	3,7	5,5	9,5	7,4			
Foro reumatológico	f	7	15	22	7	16	23	0	+1	+1
	f(%)	6,5	18,6	11,7	6,4	16,8	11,3			
Foro respiratório	f	2	5	7	2	4	6	0	-1	-1
	f(%)	1,9	6,2	3,7	1,8	4,2	3,0			
Foro urológico	f	0	4	4	0	4	4	0	0	0
	f(%)	0,0	4,9	2,1	0,0	4,2	1,9			
Foro oftalmológico	f	0	4	4	0	4	4	0	0	0
	f(%)	0,0	4,9	2,1	0,0	4,2	1,9			
Total	f	107	81	188	109	95	204	+2	+14	+16
	f(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0			

Relativamente ao regime alimentar, foi possível verificar que o comportamento alimentar diário adoptado pelos inquiridos melhorou globalmente após a “entrada na reforma” (Quadro 37). Esta situação resultou do facto de se ter constatado que:

- A classificação de “Bom” aumentou nos itens referentes ao número diário de refeições (18,2%), ao número de ingestão diária de legumes e saladas (9,5%), ao número de ingestão diária de peças de fruta (16,5%), ao número de ingestão diária de copos de água (7,6%) e ao número de ingestão diária de produtos lácteos;

- A classificação de “Mau” diminuiu no item referente à ingestão diária de bebidas alcoólicas (-4,1%).

Salienta-se que a referida melhoria não sucedeu no item referente ao número de porções de sopa ingeridas diariamente, no qual se verificou um decréscimo na classificação de “Bom” (-0,5%).

Quadro 37 – Classificação do regime alimentar diário, adoptado antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Regime Alimentar diário			Momento		Dif. % (Após-Antes)
			Antes	Após	
N.º de refeições	Mau	f f (%)	13 3,0	10 2,3	-0,7
	Suficiente	f f (%)	341 78,9	265 61,4	-17,5
	Bom	f f (%)	78 18,1	157 36,3	18,2
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de sopa	Mau	f f (%)	26 6,0	17 3,9	-2,1
	Suficiente	f f (%)	16 3,7	27 6,3	2,6
	Bom	f f (%)	390 90,3	388 89,8	-0,5
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de legumes e saladas	Mau	f f (%)	39 9,0	18 4,2	-4,8
	Suficiente	f f (%)	98 22,7	78 18,0	-4,7
	Bom	f f (%)	295 68,3	336 77,8	9,5
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de peças de fruta	Mau	f f (%)	26 6,0	26 6,0	0,0
	Suficiente	f f (%)	177 41,0	106 24,5	-16,5
	Bom	f f (%)	229 53,0	300 69,5	16,5
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de copos de água	Mau	f f (%)	50 11,6	34 7,9	-3,7
	Suficiente	f f (%)	201 46,5	184 42,6	-3,9
	Bom	f f (%)	181 41,9	214 49,5	7,6
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de copos de bebidas alcoólicas	Mau	f f (%)	30 6,9	12 2,8	-4,1
	Suficiente	f f (%)	402 93,1	420 97,2	4,1
Total			432 100,0	432 100,0	0,0
N.º de ingestão de produtos lácteos	Mau	f f (%)	65 15,1	62 14,4	-0,7
	Suficiente	f f (%)	277 64,1	242 56,0	-8,1
	Bom	f f (%)	90 20,8	128 29,6	8,8
Total			432 100,0	432 100,0	0,0

Quando efectuado análogo estudo, mas desta vez em função da variação do comportamento alimentar e do género (Quadro 38), foi possível verificar que:

- O número de refeições diárias aumentou de forma estatisticamente significativa em ambos os géneros [Masculino ($Z=-5,863$, $p<0,001$); Feminino ($Z=-4,820$, $p<0,001$)], tendo esse aumento sido mais evidente no género masculino (média dos postos positivos=27,8);
- O comportamento de ingestão diária de sopa diferiu entre os géneros, tendo-se verificado uma melhoria estatisticamente significativa apenas no género feminino [($Z=-3,000$; $p=0,003$), média dos postos positivos=5,0];
- O consumo diário de saladas e/ou de legumes aumentou de forma estatisticamente significativa em ambos os géneros [Masculino ($Z=-4,642$; $p<0,001$); Feminino ($Z=-4,344$, $p<0,001$)], tendo sido mais evidente no género masculino (média dos postos positivos=15,0);
- Ambos os géneros melhoraram a ingestão diária de fruta porém, de forma bastante mais evidente no masculino [Masculino ($Z=-7,071$; $p<0,001$), média dos postos positivos=25,5; Feminino ($Z=-4,583$; $p<0,001$), média dos postos positivos=11,3]
- Ainda que se tenha verificado uma melhoria em ambos os géneros relativamente à ingestão diária de água [Masculino ($Z=-3,280$; $p=0,001$), média dos postos positivos=21,0; Feminino ($Z=-3,758$; $p<0,001$), média dos postos positivos=30,7), em alguns inquiridos do género masculino verificou-se um comportamento inverso [($Z=-3,280$; $p=0,001$), média dos postos positivos=21,0]
- O consumo diário de bebidas alcoólicas diminuiu após a “entrada na reforma”, resultado particularmente evidenciado no género masculino [($Z=-4,000$; $p<0,001$), média dos postos positivos=8,5];
- A ingestão de produtos lácteos também melhorou após a “entrada na reforma” e essa melhoria foi mais evidente no género masculino [Masculino ($Z=-4,320$; $p<0,001$), média dos postos positivos=21,5; Feminino ($Z=-3,758$; $p<0,001$), média dos postos positivos=7,0).

Decorrente do anteriormente exposto, conclui-se então que se verificou uma melhoria significativa do comportamento alimentar após a “entrada na reforma” e que essa mesma melhoria foi, notoriamente, superior nos elementos do género masculino.

Quadro 38 – Variação do comportamento alimentar em função do género (1ª FASE).

Regime alimentar diário	Após-Antes	Género		Total nº Média dos postos
		Mas nº Média dos postos	Fem nº Média dos postos	
N.º de refeições	-	5 24,5	4 18,5	9 42,5
	+	49 27,8	34 19,6	83 46,9
	=	192	148	340
		Z=-5,863 p<0,001	Z=-4,820 p<0,001	Z=-7,587 p<0,001
N.º de ingestão de sopa	-	2 1,5	0 0,0	2 6,0
	+	0 0,0	9 5,0	9 6,0
	=	244	177	421
		Z=-1,144 p=0,157	Z=-3,000 p=0,003	Z=-2,111 p=0,035
N.º de ingestão de legumes e saladas	-	2 15,00	0 0,00	2 19,5
	+	27 15,0	23 12,0	50 26,8
	=	217	163	380
		Z=-4,642 p<0,001	Z=-4,344 p<0,001	Z=-6,238 p<0,001
N.º de ingestão de peças de fruta	-	0 0,0	0 0,0	0 0,0
	+	50 25,5	21 11,0	71 36,0
	=	196	165	361
		Z=-7,071 p<0,001	Z=-4,583 p<0,001	Z=-8,426 p<0,001
N.º de ingestão de copos de água	-	10 21,0	0 0,0	10 24,0
	+	31 21,0	17 9,0	48 30,7
	=	205	169	364
		Z=-3,280 p=0,001	Z=-3,758 p<0,001	Z=-5,113 p<0,001
N.º de ingestão de copos de bebidas alcoólicas	-	0 0,0	0 0,0	0 0,0
	+	16 8,5	2 1,5	18 9,5
	=	230	184	414
		Z=-4,000 p<0,001	Z=-1,414 p=0,157	Z=-4,243 p<0,001
N.º de ingestão de produtos lácteos	-	7 21,5	0 0,0	7 28,0
	+	35 21,5	13 7,0	48 28,0
	=	204	173	377
		Z=-4,320 p<0,001	Z=-3,606 p<0,001	Z=-5,528 p<0,001

Após a “entrada na reforma” verificou-se que a amostra melhorou a sua prática de exercício físico. Estatisticamente significativa em ambos os géneros [masculino ($\chi^2=53,254$; $p<0,001$); feminino ($\chi^2=49,000$; $p<0,001$)], essa melhoria foi explícita não apenas pelo aumento do número de praticantes (género masculino aumento de 15,8%, género feminino aumento de 22,6%), mas também pelo aumento da frequência de realização da referida prática (>3 vezes por semana: género masculino aumentou 24,5%, género feminino aumentou 20,9%) (Quadro 39)

Quadro 39 – Distribuição da amostra segundo a frequência e regularidade da prática de exercício físico e o género, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Género	Momento			Após				Total
				Não pratica	Pratica			
	Prática de exercício físico		Não menciona		<3 vezes/semana	>3 vezes/semana		
		Frequência						
Mas	Antes	Não pratica	f(o)	89	8	30	14	141
			f(e)	58,5	8,6	39,0	35,0	141,0
			f(%)	63,1	5,7	21,3	9,9	100,0
		não menciona	f(o)	10	0	0	7	17
			f(e)	7,0	4,7	4,2	1,0	17,0
			f(%)	58,8	0,0	0,0	41,2	100,0
		<3 vezes/semana	f(o)	3	0	33	29	65
			f(e)	27,0	4,0	18,0	16,1	65,0
			f(%)	4,6	0,0	50,8	44,6	100,0
		>3 vezes/semana	f(o)	0	5	18	0	23
			f(e)	9,5	6,4	5,7	1,4	23,0
			f(%)	0,0%	21,7	78,3	0,0	100,0
		Total	f(o)	102	15	68	61	246
			f(e)	102,0	15,0	68,0	61,0	246,0
f(%)	41,5		6,1	27,6	24,8	100,0		
$\chi^2= 53,254$ ($p<0,001$)								
Fem	Antes	Não pratica	f(o)	85	3	25	14	127
			f(e)	58,0	4,8	36,9	27,3	127,0
			f(%)	66,9	2,4	19,7	11,0	100,0
		Não menciona	f(o)	0	0	29	7	36
			f(e)	16,5	1,4	10,5	7,7	36,0
			f(%)	0,0	0,0	80,6	19,4	100,0
		<3 vezes/semana	f(o)	0	0	0	19	19
			f(e)	8,7	0,7	5,5	4,1	19,0
			f(%)	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
		>3 vezes/semana	f(o)	0	4	0	0	4
			f(e)	1,8	0,2	1,2	0,9	4,0
			f(%)	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
		Total	f(o)	85	7	54	40	186
			f(e)	85,0	7,0	54,0	40,0	186,0
f(%)	45,7		3,8	29,0	21,5	100,0		
$\chi^2= 49,000$ ($p<0,001$)								

Relativamente à modalidade de exercício físico praticada (Quadro 40, Gráfico 8) verificou-se que:

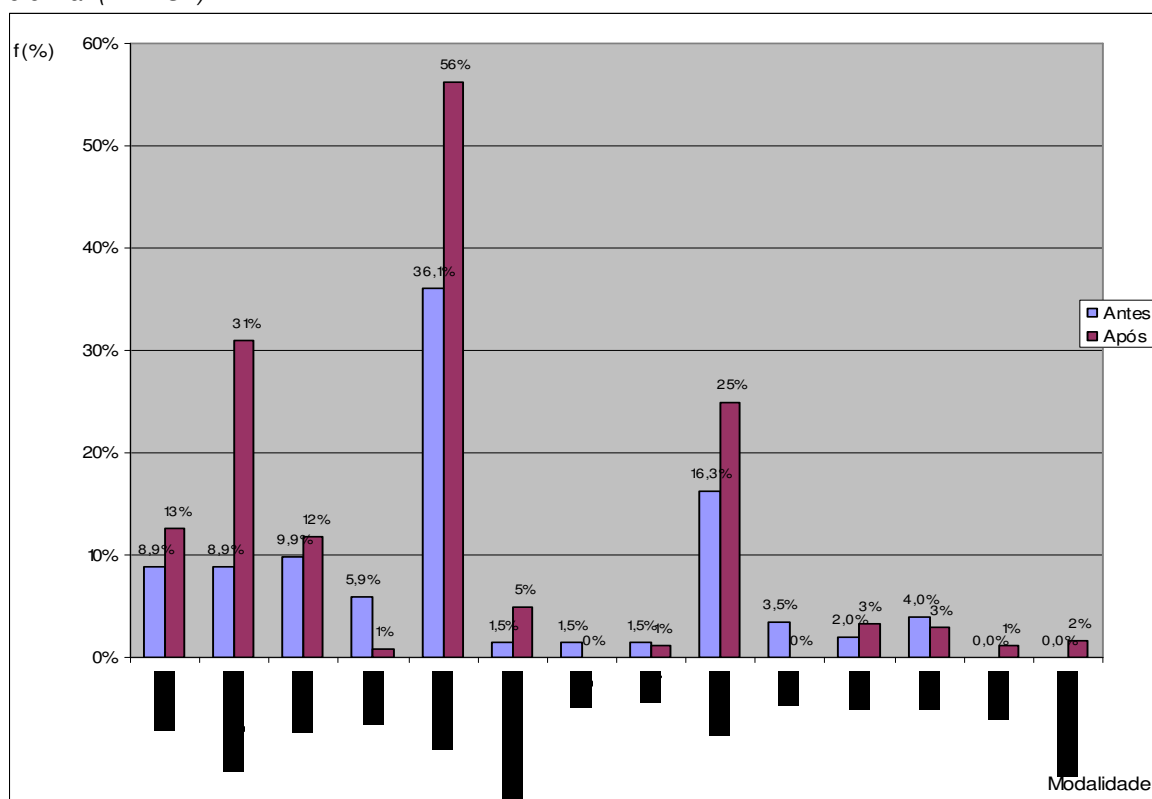
- A prática simultânea de mais do que uma modalidade esteve presente em ambos os momentos avaliados;

- Algumas modalidades praticadas foram abandonadas (ex. yoga, volei) e outras passaram a ser adoptadas (ex. pilates, cardiovascular e dança);
- A caminhada, a hidroginástica e a ginástica foram as modalidades desportivas mais praticadas pelos inquiridos, nos dois momentos em avaliação;
- Verificou-se uma marcada diferenciação de prática de modalidades por género (ex: futebol pelo género masculino e *step* pelo género feminino).

Quadro 40 – Distribuição da amostra segundo o género e a modalidade de exercício físico realizada, antes e após a "entrada na reforma" (1ª FASE).

Momento		Antes		Total	Após		Total	
		Género			Mas	Fem		
Não menciona modalidade	f	3	0	3	9	0	9	
	f(%)	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	100,0	
Modalidade mencionada	Natação	f	12	6	18	12	19	31
		f(%)	9,8	7,5	8,9	8,3	18,8	12,7
	Hidroginástica	f	8	10	18	35	41	76
		f(%)	6,6	12,5	8,9	24,3	40,6	31,0
	Ciclismo	f	20	0	20	25	4	29
		f(%)	16,4	0,0	9,9	17,4	4,0	11,8
	Futebol	f	12	0	12	2	0	2
		f(%)	9,8	0,0	5,9	1,4	0,0	0,8
	Caminhada	f	40	33	73	66	72	138
		f(%)	32,8	41,2	36,1	45,8	71,3	56,3
	Atletismo (corrida)	f	3	0	3	9	3	12
		f(%)	2,5	0,0	1,5	6,3	3,0	4,9
	Yoga	f	0	3	3	0	0	0
		f(%)	0,0	3,8	1,5	0,0	0,0	0,0
	Step	f	0	3	3	0	3	3
		f(%)	0,0	3,8	1,5	0,0	3,0	1,2
	Ginástica	f	17	16	33	25	36	61
		f(%)	13,9	20,0	16,3	17,4	35,6	24,9
	Volei	f	0	7	7	0	0	0
		f(%)	0,0	8,7	3,5	0,0	0,0	0,0
Golfe	f	2	2	4	5	3	8	
	f(%)	1,6	2,5	2,0	3,47	3,0	3,2	
Ténis	f	8	0	8	4	3	7	
	f(%)	6,6	0,0	4,0	2,8	3,0	2,9	
Pilates	f	0	0	0	2	1	3	
	f(%)	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	1,2	
Cardiovascular	f	0	0	0	2	2	4	
	f(%)	0,0	0,0	0,0	1,4	2,0	1,6	
Dança	f	0	0	0	14	10	24	
	f(%)	0,0	0,0	0,0	9,7	9,9	9,8	
Total	f	122	80	202	144	101	245	
	f(%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Gráfico 8 – Representação gráfica da modalidade de exercício físico praticada antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE).



A percentagem de fumadores diminuiu 3,2% após a “entrada na reforma”. Esse decréscimo ficou a dever-se ao género masculino (abandono de 5,7%), já que no feminino não se verificou qualquer caso com idêntico comportamento (Quadro 41).

Quadro 41 – Evolução do comportamento tabágico em função do género* (1ª FASE).

Género	Momento		Após		Total	
			Não	Sim		
Mas	Antes	Não	f(o)	210	0	210
			f(e)	191,2	18,8	210,0
		f(%)	100,0	0,0	100,0	
		Sim	f(o)	14	22	36
			f(e)	32,8	3,2	36,0
		f(%)	38,9	61,1	100,0	
	Total	f(o)	224	22	246	
		f(e)	224,0	22,0	246,0	
	f(%)	91,1	8,9	100,0		
	p<0,000					
Fem	Não	f(o)	168	0	168	
		f(e)	151,7	16,3	168,0	
	f(%)	100,0	0,0	100,0		
	Sim	f(o)	0	18	18	
		f(e)	16,3	1,7	18,0	
	f(%)	0,0	100,0	100,0		
	Total	f(o)	168	18	186	
		f(e)	168,0	18,0	186,0	
f(%)	90,3	9,7	100,0			
p=1,000						

*Cálculo baseado na distribuição binomial

Relativamente à quantidade de consumo, no género feminino não se verificou qualquer alteração dos hábitos tabágicos com a “entrada na reforma”. O mesmo já não sucedeu com o género masculino, no qual se verificou que 15 casos diminuíram o número de cigarros fumados diariamente e 6 aumentaram esse mesmo consumo (Quadro 42).

Quadro 42 – Variação da quantidade de cigarros consumidos em função do género (1ª FASE).

Hábitos tabágicos	Após-Antes	Género		Total nº Média dos postos
		Mas nº Média dos postos	Fem nº Média dos postos	
Nº de cigarros	-	15 14,00	0 0,00	15 14,00
	+	6 3,50	0 0,00	6 3,50
	=	225 -	186 -	411 -
	Total	246	186	432
		Z=-3,323 p=0,001	Z=-0,000 p=1,000	Z=-3,323 p=0,001

A auto-medicação revelou-se pouco comum entre os elementos da amostra, cuja prática veio até a diminuir após a “entrada na reforma” [antes da reforma (10,4%); após a reforma (9,5%)] (Quadro 43). Contudo, a total ausência de significância estatística encontrada nos resultados não permite retirar grandes conclusões a este respeito.

Quadro 43 – Evolução do comportamento de auto-medicação em função do género*(1ª FASE).

Género	Momento		Após		Total
			Não	Sim	
		Auto-medicação			
Mas	Não	f(o)	225	0	225
		f(e)	209,5	15,5	225,0
		f(%)	100,0	0,0	100,0
	Sim	f(o)	4	17	21
		f(e)	19,5	1,5	21,0
		f(%)	19,0	81,0	100,0
	Total	f(o)	229	17	246
		f(e)	229,0	17,0	246,0
		f(%)	93,1	6,9	100,0
p=0,125					
Fem	Não	f(o)	162	0	162
		f(e)	141,1	20,9	162,0
		f(%)	100,0	0,0	100,0
	Sim	f(o)	0	24	24
		f(e)	20,9	3,1	24,0
		f(%)	0,0	100,0	100,0
	Total	f(o)	162	24	186
		f(e)	162,0	24,0	186,0
		f(%)	87,1	12,9	100,0
p=1,000					

* Calculo baseado na distribuição binomial

Nos momentos em avaliação, verificou-se que mais de metade da amostra apresentou um Índice de Massa Corporal (IMC) superior ao valor da “normalidade” (DGS, 2008) [antes da reforma (78,7%); após a reforma (80,07%)] (Quadro 44). Após a “entrada na reforma”, essa evidência foi mais notória no género masculino pelo aumento da percentagem de casos de “excesso de peso” (7,7%) e de “obesidade mórbida” (1,2%). No género feminino verificou-se um idêntico aumento mas, neste caso, relacionado com o aumento percentual de “obesidade” (14,1%).

Quadro 44 – Distribuição da amostra segundo o IMC e o género, antes e após a “entrada na reforma” (1ª FASE).

Momento		Antes		Total	Após		Total	Dif.(%)Total (Após-Antes)
		Mas	Fem		Mas	Fem		
IMC	Magreza	0 0,0%	8 4,3%	8 1,9%	0 0,0%	8 4,3%	8 1,9%	0,0%
	Normalidade	26 10,6%	58 31,2%	84 19,4%	15 6,1%	61 32,8%	76 17,6%	-1,8%
	Excesso de peso	27 11,0%	50 26,9%	77 17,8%	46 18,7%	35 18,8%	81 18,8%	1,0%
	Obesidade	127 51,6%	54 29,0%	181 41,9%	116 47,2%	70 37,6%	186 43,1%	1,2%
	Obesidade mórbida	66 26,8%	16 8,6%	82 19,0%	69 28,0%	12 6,5%	81 18,8%	-0,2%
Total		246 100,0%	186 100,0%	432 100,0%	246 100,0%	186 100,0%	432 100,0%	

O estudo de evolução do IMC em função do género (Quadro 45), veio confirmar esses resultados quando apresentou uma média superior dos postos positivos no género masculino [masculino (média dos postos=123,37); feminino (média dos postos=94,84)]

Quadro 45 – Evolução do IMC em função do género (1ª FASE).

IMC	Após-Antes	Género	
		Mas nº Média dos postos	Fem nº Média dos postos
Peso/Altura ²	-	13 125,85	10 69,90
	+	233 123,37	176 94,84
	=	0 -	0 -
		Z=-12,148 p<0,001	Z=-10,900 p<0,001

Quadro 46 - Síntese de resultados da 1ª fase do Estudo Empírico

Momento	Variável	Resultados
O período de exercício profissional (Antes)	Actividade profissional exercida	<ul style="list-style-type: none"> 42,6% dos inquiridos exercia a sua actividade nas áreas profissionais: C (Técnicos e profissionais de nível intermédio) e D (Pessoal administrativo e similares). O género masculino exercia a sua actividade em áreas profissionais mais diferenciadas do que o género feminino [A–Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas (mas=15,0%; fem=9,1%); I – Trabalhadores não qualificados (mas=9,4%; fem=24,7%)]
	Actividades desenvolvidas	<p>Em contexto laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> 36,6% teve acesso a vigilância de saúde no local de trabalho e, destes, 95,1% frequentou-a. 45,4% teve acesso a formação em serviço no local de trabalho e, destes, 97,1% frequentou-a. 19,4% teve acesso a formação em saúde no local de trabalho e, destes, 97,6% frequentou-a. 14,4% teve acesso a prática desportiva no local de trabalho e, destes, 85,5% frequentou-a.
		<p>Extra contexto laboral</p> <ul style="list-style-type: none"> 71,8% referiu ocupar o seu tempo livre e, destes, 46,3% ocupou-o com a prática agrícola e/ou jardinagem
Satisfação com o trabalho e com a perspectiva da “entrada na reforma”	<ul style="list-style-type: none"> 80,5% referiu que se encontrava “satisfeito” e “muito satisfeito” com o trabalho que desempenhava. O género masculino posicionou-se predominantemente no grau “satisfeito” (71,1%) e o género feminino repartiu-se entre os graus de “satisfeito” (50,0%), “muito satisfeito” (26,9%) e de “insatisfeito” (22,6%) [$\chi^2 = 28,837$, $p < 0,001$; $V_{Cramer} = 0,258$] 85,1% referiu que se encontrava “satisfeito” com a perspectiva de “entrada na reforma”. O género feminino posicionou-se predominantemente no grau “muito satisfeito” (46,2%) e o género masculino no grau “satisfeito” (52,0%) [$\chi^2 = 24,125$, $p < 0,001$; $V_{Cramer} = 0,236$]. O estudo de associação efectuado entre a “Satisfação com o trabalho” e a “Satisfação com a perspectiva de entrada na reforma” revelou que o género masculino manteve idêntico grau de satisfação [$\chi^2_{(1)} = 42,867$ ($p < 0,001$)]. 	
O momento da “Entrada na Reforma”	Idade dos inquiridos	<ul style="list-style-type: none"> A média de idade de “entrada na reforma” foi de 58,3 anos.
	Motivos apresentados pelos inquiridos	<ul style="list-style-type: none"> O principal motivo de “entrada na reforma” foi a “idade limite” para o exercício profissional (60,0%). A segunda causa foi “outros motivos” (25,7%), com particular relevo para: “idade+tempo de serviço” [$fr_{(%)}$=45,9%], “rescisão por mútuo acordo” [$fr_{(%)}$=18,0%] e “perspectiva de diminuição do valor da reforma” [$fr_{(%)}$=14,4%]. A terceira causa mencionada pela amostra foi o motivo “estado de saúde” (14,4%). O motivo “idade+tempo de serviço” foi mais preferido por indivíduos reformados da área profissional C (Técnicos e profissionais de nível intermédio), a “rescisão por mútuo acordo” por indivíduos reformados das áreas A, E e F e a “perspectiva de diminuição do valor da reforma” das áreas profissionais mais iniciais (entre A e D). O motivo “estado de saúde” foi mais preferido pelo género feminino (18,8%), por patologia do foro músculo-esquelético [$fr_{(%)}$=45,5%]. Menos frequente no género masculino, o motivo “estado de saúde” evidenciou-se por patologia do foro cardiovascular [$fr_{(%)}$=30,0%] e do foro psiquiátrico [$fr_{(%)}$=30,0%]. A patologia do foro músculo-esquelético foi mais identificada na área profissional “Operários, artífices e trabalhadores similares” [$fr_{(%)}$=66,7%].
O período após a “entrada na reforma” (Após)	Vivência adoptada após a “entrada na reforma”	<ul style="list-style-type: none"> A globalidade dos inquiridos percepcionou uma evolução positiva relativamente às vivências que passaram a deter após a “entrada na reforma”: os elementos do género feminino referiram que passaram a “Ter uma vida mais descontraída” [masculino=202,10; feminino=235,55 ($Z = -2,943$; $p = 0,003$)] e a “Realizar mais actividades lúdicas” [masculino=202,59; feminino=234,89 ($Z = -2,776$; $p = 0,006$)]; os elementos do género masculino referiram que passaram a “Conviver mais com os amigos” [masculino=230,33; feminino=198,21 ($Z = -2,788$, $p = 0,005$)].
	Que indivíduos percepcionaram alterações e/ou dificuldades?	
	Que alterações e/ou dificuldades foram percepcionadas pelos inquiridos?	
	Que estratégias foram utilizadas pelos inquiridos para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percepcionadas?	
	Quais foram as fontes de apoio consideradas pelos inquiridos para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percepcionadas?	
Qual foi a evolução dos comportamentos e do estado de saúde dos inquiridos?		
		<p>Nota: Os resultados antecedem o ponto 3. Discussão</p>

3. DISCUSSÃO

Inicia-se esta discussão por uma breve análise dos resultados que foram considerados mais relevantes (em termos de caracterização dos inquiridos no seu período de exercício profissional e no momento de “entrada na reforma” (Quadro 46). Seguido desta, passa-se a discutir as questões que estiveram na origem da problematização da 1ª fase da investigação.

Recorda-se que a amostra (436 casos) apresenta as seguintes características sócio-demográficas:

uma média de idade de 60,5 anos, maioritariamente constituída por elementos do género masculino (56,9%), casados (92,6%), com uma frequência escolar superior a 9 anos (58,6%), 52,8% residentes em meio semi-urbano e rural e 46,1% com um nível sócio-económico médio.

O período de exercício profissional (Antes)

Actividade profissional exercida

Os resultados do presente estudo corroboraram uma tendência idêntica à que foi encontrada nas investigações de Almeida (1996) e Amâncio (1989). Embora tenham passado cerca de duas décadas, quando as mulheres da amostra actual referiram uma superior frequência escolar e, ainda assim, se aposentaram de áreas profissionais menos diferenciadas do que as mencionadas pelo género masculino, estas evidências empíricas deixaram patente a diferenciação de oportunidades que, na sociedade contemporânea, ainda prevalece entre os géneros (Amâncio, 1996).

Com efeito, reportando à época em que a geração em estudo nasceu e aos referenciais socioculturais nos quais assentou o desenvolvimento da sua adolescência (que, atendendo à média de idade da amostra, se poderá apontar para o período compreendido entre as décadas de 40/60), facilmente se depreende a pouca variação verificada entre os referidos estudos. Recorde-se que até à década de 1970, a sociedade portuguesa era fortemente liderada por papéis masculinos, constituída por famílias bem diferentes das actuais (ex. mais numerosas, com menor acesso a bens e informação, ...) e que o papel da mulher era remetido para o cuidar do lar e dos filhos. Em consequência, a frequência escolar destas mulheres não terá sido de todo incentivada e tal só decorreria quando eram provenientes de famílias que estivessem sensibilizadas para isso e/ou que auferissem condições económicas para proporcionar esta experiência. As mulheres que fizeram parte deste estudo terão sido algumas das contempladas pela referida conjuntura, mas outras, muito provavelmente, terão frequentado o ensino já em idade

adulta, tendo essa vivência sido acumulada com as actividades laborais, domésticas e de cuidado dos filhos, que habitualmente lhes estão reservadas (Amâncio, 1996). Ainda de acordo com os resultados deste estudo, o espaço que lhes foi reservado em termos laborais ficou muito aquém daquele que foi ocupado pelo género masculino e esse facto parece ter tido implicações na forma como “entraram na reforma”. O inferior nível socio-económico por estas revelado, no momento em que foram inquiridas, foi ilustrativo desta situação e de certa forma veio ao encontro da perspectiva de que *“As carreiras profissionais mais breves, mais lentas e menos bem remuneradas das mulheres também as tornam mais vulneráveis à pobreza, em especial após os 65 anos (21%, ou seja 5 pontos mais que os homens)”* (Comissão das Comunidades Europeias, 2008:5).

Reconhecendo que *“a participação de raparigas e de rapazes é igualitária em todos os graus de ensino, excepto no ensino superior, onde as raparigas constituem a maioria (65,9 % dos diplomados, em 2004), e que as portuguesas apresentam uma das mais elevadas taxas de actividade da União Europeia (68,1 % para as mulheres entre os 15 e os 64 anos, em 2005) e continua, em contrapartida, a existir uma forte segregação horizontal e vertical do mercado de trabalho, com repercussões na diferenciação salarial, que é da ordem dos 20 %”* [Resolução do Conselho de Ministros n.º 82/2007. «D.R. I série». 119 (22.06.07): 3950], o *III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género (2007-2010)* vem delinear estratégias de intervenção que minimizem esta assimetria. Preconizando a intervenção em todos os sectores da sociedade e solicitando a colaboração de todos aqueles que, neste sentido, possam prestar o seu contributo; cabe, então, aos profissionais de saúde ter um papel cada vez mais activo neste contexto.

Quando intervêm no sentido de promover o estado de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, os enfermeiros têm presente esta perspectiva. O desenvolvimento de campanhas de sensibilização para a igualdade de género realizadas em escolas (efectuadas na área da saúde escolar), a identificação e o encaminhamento de situações de violência doméstica (efectuadas na área da saúde familiar) e a intervenção comunitária precoce (efectuada em equipas multidisciplinares), são alguns exemplos dos contributos que estes profissionais têm dado neste sentido.

Contudo, no campo específico da saúde laboral, permanecem ainda muito escassos os registos deste contributo. Neste sentido, e de forma a melhorar a sua intervenção neste domínio, apela-se aos enfermeiros de saúde ocupacional para estarem mais atentos

para esta problemática, intervindo precocemente nos efeitos que a desigualdade no trabalho poderá exercer no estado de saúde dos indivíduos em idade adulta. Apela-se, igualmente, para a premente necessidade de investigar nesta área, de forma a encontrar estratégias que facilitem a minimização da referida situação.

Actividades desenvolvidas em contexto laboral

A vigilância de saúde, a formação em serviço e todas as actividades que se possam desenvolver em prol da protecção e da promoção da saúde dos trabalhadores, constituem um dever do empregador. Ao trabalhador cabe, simultaneamente, o direito de acesso e o dever da sua frequência (Freitas, 2008). Esta é uma realidade que habitualmente se vê concretizada. Prova disso foram os resultados encontrados neste estudo que permitiram depreender que sempre que em âmbito laboral foram proporcionadas actividades de enriquecimento profissional e/ou pessoal, a adesão dos trabalhadores foi bastante elevada. Segundo Rogers (1997), vários factores poderão ter estado na origem deste comportamento: alguns de natureza intrínseca (como por exemplo: a auto-motivação, constituir uma possibilidade de “quebrar” a rotina laboral, descansar, conviver) e outros de natureza extrínseca (como por exemplo: incitamento da entidade patronal, necessidade de dar resposta a um desafio laboral, competitividade).

Contudo, não foi objectivo deste estudo conhecer os motivos que levaram os trabalhadores a aderir às actividades realizadas em contexto laboral. Foi, sim, conhecer se lhes teria sido proporcionado esse acesso; neste sentido, os resultados revelaram que a referida acessibilidade foi bastante baixa e, na área da saúde, essa limitação foi ainda mais notória. Apesar das directivas da OIT e da mais recente legislação portuguesa preconizar a ampla dotação de serviços de SSHT [LEI n.º 35/2004. «D.R. I série». 177 (29.7.04)], parece, então, que ainda existe um longo caminho a percorrer. Mas, se *“a promoção da saúde no local de trabalho melhora, de forma significativa, a saúde e o bem estar dos trabalhadores e das suas famílias e contribui para alcançar o sucesso económico, através do aumento da produtividade e do crescimento económico”* (DECLARAÇÃO DE LISBOA, 2001:sp):

Porque é que não existe um maior investimento nesta área?

Algumas entidades empregadoras, muito provavelmente, ainda não estão suficientemente sensibilizadas para os benefícios que advêm da implementação destas práticas nas suas instituições e, talvez receando uma diminuição de produtividade ou um acréscimo aos seus custos empresariais, ainda tentam restringir o investimento nesta área. Terá sido no sentido de alterar esta realidade que, no ano de 2006, o Ministério do Trabalho e da Segurança Social criou um organismo competente para regular este exercício – a Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT), que tem por missão: “a promoção da melhoria das condições de trabalho, através do controlo do cumprimento das normas em matéria laboral, bem como a promoção de políticas de prevenção de riscos profissionais, quer no âmbito das relações laborais privadas, quer no âmbito da Administração Pública” (LEI n.º 211/2006, art.º 12, 7511).

Contudo, a referida missão não deverá caber apenas a este organismo. Enquanto cidadãos e profissionais de saúde também os enfermeiros poderão colaborar nesta tarefa e, pelo exercício das competências que lhe são atribuídas, deverão desenvolver práticas conducentes à protecção e promoção da saúde dos trabalhadores. Reconhece-se, no entanto, que um dos contextos mais privilegiados para o fazer será o ambiente laboral; uma vez que, integrado numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro apodera-se de um conhecimento mais abrangente acerca do clima organizacional e dos riscos a que poderá estar exposto o trabalhador, durante a sua prática laboral.

Todavia, quando tal não é possível, outros *settings* poderão ser igualmente utilizados de forma a poderem intervir com esta finalidade. Nos centros de saúde, os enfermeiros especialistas em cuidados de saúde primários [dotados de “*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade* (Decreto-Lei n.º 161/96, art. 4º: 2960)], poderão realizar esta intervenção de forma identicamente profícua. Embora não sejam detentores de uma informação tão abrangente como a que teriam se estivessem integrados numa equipa de saúde ocupacional, as habilitações que detêm no âmbito da saúde ocupacional e o amplo conhecimento que possuem sobre o percurso de desenvolvimento que os indivíduos realizam nos mais diversos contextos da sua interacção (ex.: familiar, trabalho e comunidade) poderão, de certo modo, dar resposta ao referido objectivo. Com base nesta perspectiva, sendo estes uns dos principais responsáveis pela preservação do estado de saúde das populações (REPE, 1996) e

sabendo que é neste período da vida os indivíduos desenvolvem comportamentos de risco que poderão pôr em causa o equilíbrio do seu futuro estado de saúde (Papalaia e Olds, 2000; Neri, 2008; Veríssimo, 2008), considera-se, ainda, que deverá haver um maior empenho no sentido de fomentar a vigilância de saúde dos indivíduos em “idade activa”, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde primários.

Actividades desenvolvidas extra contexto laboral

Mais do que uma mera fonte de lazer, a ocupação dos tempos livres é considerada como um importante factor de promoção da saúde na idade adulta. Com base nesta perspectiva e considerando-a como forma de prevenção do declínio precoce das capacidades físicas, intelectuais e sociais dos indivíduos, a gerontologia educacional é uma acérrima defensora da intervenção nesta área (Correia, 2007). Na meia-idade, acresce ainda a este benefício o facto de constituir uma prática promotora do “bem-estar” psicológico que, directa ou indirectamente, se traduzirá numa vivência bem-sucedida da “entrada na reforma” [Aiken, 1995; Baltes e Lachman 1994; Belsky, 2001; Vandenplas-Holper, 2000].

No presente estudo, o facto de se ter verificado que uma elevada percentagem de inquiridos ocupava os seus tempos livres permitiu depreender que, potencialmente, se estava na presença de indivíduos pró-activos e que daí resultariam contributos positivos para o desenvolvimento do seu estado de saúde, durante o processo de transição desencadeado pela “entrada na reforma”. No entanto, a escassa diversidade de actividades mencionada por estes indivíduos proferida merece uma atenta reflexão. Por um lado, leva a entender que esta prática não terá sido fomentada durante o seu percurso de desenvolvimento e, por outro, a predominância da prática agrícola e de jardinagem que se verificou neste estudo, poderá ser resultante da proveniência residencial dos elementos da amostra (30,7%, meio rural e 22,1%, meio semi-urbano). Neste contexto, a acessibilidade associada às tradições socioculturais da população portuguesa propiciaram, decerto, a elevada expressão que estas actividades tiveram enquanto forma de ocupação dos tempos livres. Todavia, sem querer pôr em causa os benefícios que da prática das referidas actividades possam resultar, questiona-se:

Será que estas actividades foram sempre entendidas como uma actividade de lazer?

Para muitos terá sido, com toda a certeza. No entanto, porque 14% da amostra mencionou como principal alteração e/ou dificuldade, no período após a “entrada na reforma”, a diminuição do poder económico, poder-se-á supor que esta actividade partilhou, simultaneamente, as vertentes de lazer e de estratégia para fazer face à referida dificuldade. A situação socio-económica é sem dúvida uma das variáveis que mais interfere no estado de saúde das populações mas, num contexto de promoção da saúde, outras variáveis concorrem para este fim. Conscientes desta existência, aos enfermeiros, compete aconselhar os indivíduos em idade adulta para a necessidade de diversificar as áreas de ocupação de tempos livres e, simultaneamente, de os orientar para outros recursos que a comunidade possa oferecer no sentido de promover o integral desenvolvimento do seu estado de saúde.

Satisfação com o trabalho e com a perspectiva da “entrada na reforma”

O trabalho é considerado como uma importante fonte de satisfação para a grande maioria da população, em idade adulta (Bee, 1997; Fontaine, 2000; Papalia e Olds, 2000). No entanto, muito frequentemente, é também causador de sentimentos de ambivalência que levam os indivíduos a realizarem uma construção desconfortante sobre o mesmo. Se, por um lado, a ele se associam *outputs* positivos (tais como: motivação pessoal, *status* social, rendimento económico e muitos outros) por outro, existem situações em que os retornos desta actividade originam ansiedade ou, pior do que isso, deixam de constituir um estímulo para a vivência diária. Em idades mais avançadas, pelo abrandamento de uma perspectiva de progressão profissional, pela menor motivação para a mudança, pelo cansaço físico e mental e/ou por inúmeros outros motivos; o desequilíbrio entre os anteriores factores tende a ser cada vez maior, propiciando um clima favorável à insatisfação profissional (Fernández-Ballesteros, 2004; Fontaine, 2000; Papalia e Olds, 2000).

Ainda assim, na maioria dos casos, o trabalho apresenta-se como uma actividade globalmente satisfatória para a maioria dos indivíduos e o presente estudo foi ilustrativo deste facto quando 80,5% dos inquiridos de manifestou “satisfeito” e “muito satisfeito” com o seu trabalho. Idênticos resultados tinham já sido obtidos num estudo realizado a nível europeu, intitulado “*European Network for the Division of Unpaid and Paid Work Between Women and Men*”, no qual Portugal participou sob a liderança do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

Efectuado a um total de 1700 trabalhadores, aos quais foi aplicado o mesmo inquérito europeu (após tradução e validação para a população portuguesa), também no referido estudo se concluiu que: “[...] *os inquiridos denotam um nível de satisfação com o trabalho e de percepção de reconhecimento no contexto laboral em que se integram, bastante elevados*” (Torres et al, 2005:165). Ainda que a média de idade da referida amostra tivesse sido inferior à do presente estudo [ISCTE (\bar{x} =35,5 anos); presente estudo (\bar{x} =60,5 anos)], os resultados obtidos permitem concluir que mesmo em idades mais avançadas, os outputs positivos do trabalho ocupam uma posição de destaque na vida dos indivíduos.

Mas, conforme já anteriormente foi referido, a percepção de satisfação que os indivíduos apresentam neste contexto nem sempre é unânime (nem entre os géneros, nem entre indivíduos do mesmo género) e, também, nem sempre se revela de relação causal (ex. a insatisfação com o trabalho não implica, necessariamente, satisfação com a perspectiva de “entrada na reforma”). Neste estudo, a diferenciação que a “*satisfação com o trabalho*” e a “*satisfação com perspectiva de entrada na reforma*” assumiu fez notar esse facto. Contrastando com o género masculino, que se manifestou maioritariamente “satisfeito” nas duas variáveis (71,1% satisfeito com o trabalho e 52,0% satisfeito com a perspectiva da “entrada na reforma”); nos elementos do género feminino verificou-se uma acentuada heterogeneidade relativamente ao trabalho [“muito satisfeito” (26,9%); “insatisfeito” (22,6%)] e, de forma mais unânime, uma superior percentagem de “muito satisfeito” quanto à perspectiva de “entrada na reforma” (46,2%). Relativamente à insatisfação com o trabalho revelada pelos elementos femininos, tendo sido encontrada idêntica tendência no estudo do ISCTE, esta diferenciação observada entre os géneros poderá ser atribuída à circunstância de serem “*as mulheres que, em situações de sobrecarga, asseguram simultaneamente trabalho pago e não pago, o que se traduz em cansaço e stress associado a este tipo de relação entre vida familiar e vida profissional*” (Torres et al, 2005:181). Acrescendo a esta situação o facto de algumas mulheres, na meia-idade, verem cumuladas às referidas “vidas” a atribuição sociocultural de cuidar de “outros” familiares (pais idosos, netos ou até mesmo filhos, sejam eles casos de *re-nesting* ou não) e de, simultaneamente, se sentirem mais intensamente expostas a fenómenos de envelhecimento biofisiológico (que, de forma mais ou menos acentuada, poderão interferir com as suas vivências como é o caso da menopausa); esta “sobrecarga” facilmente se reverte num sentimento de insatisfação que, na sociedade em que vivemos, se torna menos agudizante para os homens (Fonseca, 2004b).

Em consequência deste quadro, facilmente se depreende a razão pela qual a perspectiva de “entrada na reforma” terá sido acolhida com *“muita satisfação”*, numa superior percentagem, pelas mulheres que integraram este estudo.

Todavia, essa *“muita satisfação”* não terá resultado necessariamente do facto de não estarem satisfeitas com o trabalho que exerciam. Com efeito, as evidências empíricas permitiram depreender que um sentimento de ambivalência terá acompanhado estas mulheres, quando se confrontaram com a decisão da “entrada na reforma”. Se por um lado lhes satisfazia muito a vida activa que detinham, a perspectiva de “entrada na reforma” também lhes era muito apetecível porque finalmente passariam a ter a tão desejada *“disponibilidade para a realização de outras tarefas”* (Q₃₄). O estudo de Torres *et al* (2005:29) também assim concluiu quando afirma que *“As mulheres portuguesas, independentemente de serem ou não mãe, acumulam o trabalho pago em disponibilidade horária quase idêntica à dos homens com o trabalho não pago. Trata-se de uma forte sobrecarga feminina, sem no entanto significar menor interesse ou empenho na profissão”*. Terá sido decorrente desta perspectiva que, no presente estudo se evidenciou a *“muita satisfação”* com o trabalho manifestada por uma considerável percentagem de mulheres. Em consequência desta dualidade, devido *“ao maior envolvimento e à maior dependência (...) relativamente às redes sociais de suporte (sistemas familiares e sociais)”* (Fonseca, 2004a: 512) ou pelo simples facto de *“envolverem-se mais do que os homens nesses mesmos acontecimentos de vida, acabando por sofrer mais com as suas consequências (o maior “desligamento emocional” dos homens parece assim protegê-los, ameaçando menos a respectiva satisfação de vida) (Idem)*; num primeiro momento, a decisão de “entrada na reforma” poderá ser ter sido mais stressante para as mulheres.

No entanto, também para alguns homens este acontecimento não terá sido muito diferente. O facto de 53,7% dos inquiridos do género masculino se ter manifestado de igual forma *“insatisfeitos”*, tanto com o trabalho como com a perspectiva de “entrada na reforma”, foi denunciador desta situação e alertou para a existência de outras possíveis formas de vivenciar este acontecimento de vida. Assim, paradoxalmente, os sentimentos de liberdade e de descomprometimento, que habitualmente caracterizam a “entrada na reforma” [Calansanti (1996), Fonseca, 2004b], parecem não ter estado presentes nestes indivíduos.

Tal situação poderá ter sido devida à perspectiva de que *“Many people approach retirement like dealing with a loss (for example, a loss of status, job, colleagues, decision making, managing, mentoring, and so on)”* (Hawken e Hillestad, 2000:106); mas, não só. Segundo Fonseca (2004a: 372), *“Mesmo quando as mudanças trazem benefícios, também implicam perdas (ligação a lugares familiares, a pessoas, a hábitos, a rotinas), pelo que o aparecimento de sentimentos ora de frustração, ora de tristeza ora de neura, torna-se efectivamente uma possibilidade real”* e nesta linha de pensamento, poder-se-á depreender que a preparação para esta transição se torna efectivamente necessária.

A ser assim, sabendo que cada pessoa é única (não apenas nas suas características físicas e idiossincráticas mas também, na forma como percebe e se adapta às situações) e que a “entrada na reforma” constitui um acontecimento de vida que poderá ocorrer em diferentes contextos de vulnerabilidade, quando nas suas práticas pretendem promover a saúde dos indivíduos em meia-idade, os enfermeiros deverão ter em linha de conta todos os factores implicados neste processo de transição e planear intervenções dirigidas e ajustadas a cada caso, em particular.

O momento da “Entrada na Reforma”

A idade dos inquiridos no momento da “entrada na reforma”

Os resultados do presente estudo permitiram concluir que a *“idade limite”* não constituiu condição única para a “entrada na reforma”. Apesar da elevada expressão que esta assumiu na amostra, o apuramento de uma média de idade bastante inferior aos 65 anos (que habitualmente se atribui à “entrada na reforma”) foi, por si só, ilustrativa deste facto e veio corroborar a *“[...] tendência contemporânea segundo a qual a “passagem à reforma” sucede cada vez mais cedo no ciclo de vida dos indivíduos”* (Fonseca, 2004a: 504). Mas, se o trabalho constitui uma fonte de satisfação de vida para a maioria dos indivíduos em idade activa,

Porque é que se assiste a uma “entrada na reforma” cada vez mais precoce?

A elevada menção a *“outros motivos”* para a “entrada na reforma” denunciou a referida tendência e, ao mesmo tempo, ajudou a identificar alguns dos factores que poderão ter contribuído para a ocorrência deste fenómeno.

O motivo da “entrada na reforma”

Entre os vários motivos referidos como precipitantes para a “entrada na reforma”, o facto da “idade+tempo de serviço” ter tomado um particular ênfase revelou que, por parte dos inquiridos, existiu uma atitude de “procura” activa deste acontecimento de vida (antecipação) e, simultaneamente, remete para uma reflexão sobre a forma como estes poderiam estar a vivenciar o trabalho numa fase final da respectiva carreira profissional.

Recorde-se que a geração em estudo foi uma das que mais exposta esteve à terceira revolução tecnológica (que iniciou na década de 60, consolidou nos anos 70, com o sistema flexível de produção da Toyota e que foi evoluindo até aos nossos dias com a proliferação exponencial da informática, da robótica, das telecomunicações e da biotecnologia) e que maior esforço teve de fazer em termos de adaptação operacional (ser polivalente, integrado, submetido a tarefas stressantes e intensas). Este “esforço” terá certamente deixado as suas marcas no trajecto profissional destes indivíduos, levando a que o “cansaço” e a “insatisfação” tenham sido igualmente apontados como motivos de “entrada na reforma”. Também, perante uma conjuntura político-social e económica instável, como foi a que se passou a viver nos últimos anos (sensivelmente, a partir de 2002), a “perspectiva de diminuição do valor da reforma” terá, decerto, incentivado a referida antecipação.

Relativamente ao facto dos referidos motivos terem sido mais proferidos pelos inquiridos reformados das áreas profissionais “Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas”, “Técnicos e profissionais de nível intermédio” e “Pessoal administrativo e similares”; esta decisão também poderá ter sido uma forma de reacção à mais recente remodelação do *Regime Geral de Aposentações dos funcionários, agentes e demais servidores do estado* [Lei n.º 11/2008. «D.R. I série». 36 (20.2.08)]. Com efeito, apesar do adiamento de “entrada na reforma” preconizado pela referida legislação, paradoxalmente, tem-se vindo a assistir nos últimos anos a um aumento do número de casos de reforma antecipada, nunca antes observado. Não comentando a manobra político-económica que envolve este fenómeno, tal ocorrência advém da perspectiva de ficar economicamente mais penalizado perante o adiamento desta decisão.

Mas, neste contexto, apenas se está a contemplar a vertente económica da decisão de “entrada na reforma”, esquecendo que este acontecimento poderá ter outras implicações na vida dos seus protagonistas que não se revelem como inócuos.

Na verdade, dependendo das características individuais, das dos sistemas seus envolventes (ex. família e sociedade) e da conjuntura em que o mesmo possa vir a suceder, este acontecimento também poderá vir a constituir uma fonte de elevado stress num processo de desenvolvimento que nesta fase do ciclo vital já apresenta as suas contrariedades (Belsky, 2001; Bomar, 2004; Fonseca, 2004b). Acrescendo a esta situação o facto de que *“permanecer no trabalho pode ser mais vantajoso do que retirar-se da vida profissional para as pessoas que encaram a vida profissional como a “essência da existência”*” (Fonseca, 2004a:505); questiona-se, então:

Terão estes indivíduos sido devidamente esclarecidos e acompanhados em termos de saúde para tomada desta decisão?

No presente estudo, não foi possível conhecer a resposta para esta questão. Mas, o certo é que: também não são conhecidas quaisquer orientações técnicas ou normas de actuação em saúde para intervir especificamente neste grupo populacional ou nesta fase do seu ciclo vital e, como tal, subentende-se que esta intervenção tenha sido escassa ou mesmo inexistente. Preconizando a obtenção de ganhos em saúde, não só para estes indivíduos mas também para a população em geral; recomenda-se que, futuramente, a implementação de algumas medidas legislativas sejam atempadamente preparadas e antecedidas de orientações de intervenção que visem a prevenção de casos de desequilíbrio em saúde.

Paralelamente a estas questões e conforme anteriormente foi proferido, também a evolução das condições laborais poderá ter sido desencadeante do *“cansaço”* e da *“insatisfação”* que motivaram os inquiridos a *“entrar na reforma”*. Num estudo comparativo que efectuaram para avaliar a saúde percebida pelos indivíduos reformados e não reformados; Fonseca e Paúl (2004) chegaram a idênticas conclusões quando apuraram que os indivíduos em idade activa percepcionavam ter uma actividade mental mais intensa e exigente. Contudo, porque *“os desafios do mundo do trabalho iram continuar num futuro próximo, dados pela: globalização, desemprego, aumento do uso das tecnologias da informação, mudanças dos modelos de emprego (exemplos: emprego precário, a prazo, em tempo parcial e tele-trabalho), envelhecimento da população, aumento da importância do sector dos serviços, redução da dimensão das empresas (em trabalhadores e em tarefas), aumento dos trabalhadores em pequenas e médias empresas (PME), gestão orientada para os consumidores e para a qualidade...”* (DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO, 1997: sp), torna-se igualmente premente que os

trabalhadores sejam precocemente “preparados” para estes e para outros desafios.

Apesar de se considerar que a “*PSLT (Promoção da Saúde no Local de Trabalho) melhora, de forma significativa, a saúde e o bem-estar dos trabalhadores e das suas famílias e contribui para alcançar o sucesso económico, através do aumento da produtividade e do crescimento económico*” (DECLARAÇÃO DE LISBOA, 2001:sp); o que se tem verificado, na realidade, é que estes serviços são escassos. Apenas as grandes e médias empresas os têm residentes, em obrigatoriedade, e mesmo neste regime: a prioridade de acção continua a ser a prevenção de acidentes e a protecção do trabalhador à exposição a riscos, que possam vir a constituir uma potencial fonte de acidente de trabalho ou diagnóstico de doença profissional. Na constatação da dificuldade de implementação das referidas medidas, em Barcelona assume-se que “*o verdadeiro progresso só pode (...) ser assegurado se, com a colocação em prática dessas medidas, formos capazes de convencer mais decisores no campo da economia, da política e dos órgãos de administração de que os investimentos na promoção da saúde no trabalho são efectivamente rentáveis.*” (DECLARAÇÃO DE BARCELONA, 2002:sp) e, neste sentido, “*É necessária uma colaboração estreita entre investigadores, técnicos e decisores, pois apenas a fundamentação científica e as boas informações práticas permitem orientar e influenciar decisões sobre as estratégias, os programas e a distribuição orçamental*” (*idem*).

No ano de 2008, no sentido de melhorar as práticas neste domínio, é elaborado no nosso país o documento intitulado “*Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012*”. Desta feita, e pelo discurso adoptado, parece estar-se mais sensível às questões da promoção da saúde em meio laboral, quando no seu objectivo n.º 8 se lê: “*Promover a aplicação efectiva da legislação de segurança e saúde no trabalho, em especial nas pequenas empresas*” (Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2008:7). Ainda é precoce tecer considerações relativamente à implementação deste plano. Contudo, espera-se que dele venha a resultar uma maior dotação de equipas de saúde ocupacional nas empresas (dado que as residentes eram muito escassas), uma maior multidisciplinaridade das equipas (dado que a constituição das já existentes era muito exígua), uma mais efectiva presença destas equipas nos locais de trabalho (dado que a cobertura laboral nem sempre correspondia às necessidades dos trabalhadores) e, por parte das mesmas, um maior investimento na área da promoção da saúde (dado que, até à data, esta sempre ocupou um papel secundário).

Será, então, no referido contexto que a intervenção destas equipas deverá mudar. Perante a iminente proximidade de um trabalhador vir a efectuar a sua “entrada na reforma”, é na referida área da promoção da saúde que a equipa de saúde ocupacional deverá adoptar um papel mais interventivo. Neste mesmo contexto, compete ao enfermeiro o dever de acompanhar o indivíduo, facilitando desenvolvimento dos processos de transição e de adaptação que o mesmo possa vivenciar; não apenas nos sistemas em que já se encontrava integrado mas, também, noutros dos quais possa vir a fazer parte (Rogers, 1997).

O referido acompanhamento torna-se, não diríamos mais, mas diferentemente necessário quando o “estado de saúde” constituiu o motivo da “entrada na reforma”. Ainda que os resultados deste estudo não tivessem permitido efectuar qualquer tipo de atribuição causa-efeito a um diagnóstico de doença profissional (uma vez que não foi questionado o posto de trabalho, a função exercida e/ou os níveis de exposição tóxica a que habitualmente se encontravam expostos), pelo conhecimento das diferentes características que o envelhecimento adopta entre os géneros e dos potenciais riscos laborais a que determinadas áreas profissionais submetem os seus trabalhadores, poder-se-ão efectuar algumas considerações.

Salvaguardando o referido desconhecimento, o maior número de casos de patologia músculo-esquelética encontrado no género feminino terá sido precipitado pela fase de desenvolvimento orgânico em que se encontravam as inquiridas (pós-menopausa). Entre outras manifestações, a cessação da produção de estrogénios e a depleção de tecido ósseo associada a este fenómeno (Souza, 2005; Veríssimo, 2008), terá levado a que se verificasse uma maior fragilidade do sistema osteoarticular, com consequentes queixas a este nível. Quando os enfermeiros procedem ao aconselhamento personalizado destas mulheres no âmbito da terapia de substituição hormonal, do combate ao sedentarismo e da obesidade, da promoção da prática de exercício físico e da realização de um regime alimentar equilibrado e rico em cálcio, estão a intervir no sentido de prevenir esta ocorrência neste grupo populacional. No entanto, a experiência clínica destes profissionais, revela que a realização desta vigilância ainda permanece muito aquém do que seria desejado. De facto, ainda permanece escassa a intervenção realizada neste domínio e de, quando existente, é na grande maioria das vezes efectuada em resposta às queixas clínicas que as mulheres proferem quando se dirigem

aos serviços de saúde. Desta forma, cabe ao sistema de saúde divulgar mais a oferta de serviços que dispõe para os seus utilizadores e, particularmente aos enfermeiros: identificar, sensibilizar e incrementar o acompanhamento das mulheres de meia-idade que, pelo período de desenvolvimento que estão a vivenciar, necessitam forçosamente de cuidados de saúde mais específicos.

Quanto ao facto do referido diagnóstico de patologia do foro músculo-esquelético se ter evidenciado nos “Operários, artífices e trabalhadores similares”; este resultado veio corroborar que na referida área profissional ainda se encontram condições laborais que constituem uma particular fonte de risco para a saúde dos trabalhadores. Idêntica tendência foi também descrita no relatório estatístico de 2006, publicado pelo Centro Nacional de Protecção de Riscos Profissionais (MTSS, 2008), quando se constatou que num total de 227336 casos de acidentes laborais, 99554 (43,8%) ocorreram em indivíduos que trabalhavam nesta mesma área. A contínua especialização do trabalho e a intensificação das jornadas laborais, defendidas por Aguiar (2007) como principais causas de acidentes laborais, terão sido motivos para tal ocorrência. Mas outros factores poderão ser igualmente precipitantes. Um que decerto contribuirá para esta elevada frequência é a ausência de estudo no domínio da adaptação do homem ao posto de trabalho e do posto de trabalho ao homem, que persiste em contexto laboral. Na iminência de aumentar a produtividade, a aquisição de uma máquina mais rentável é muitas das vezes sobreposta às características dos indivíduos que nela vão operar e, infelizmente, são ainda muito poucas as empresas que estão sensibilizadas para os ganhos em saúde que possam advir da implementação da ergonomia, no local de trabalho. Por outro lado, ainda que conhecedores dos riscos a que estão expostos, com alguma frequência se verifica que os trabalhadores também não cumprem as medidas de higiene e segurança, preconizadas para o seu posto de trabalho (Freitas, 2008). Perante este quadro, uma vez mais se coloca em causa a existência e o tipo de actuação que os *Serviços de Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho* (SHST) têm vindo a desenvolver nas empresas. O que é que estará, então, a falhar?

Não existirão suficientes documentos reguladores (ex. legislação, normas, guidelines) da actuação destes serviços? Os existentes não estarão ajustados à realidade das empresas e dos trabalhadores portugueses? Torna-se difícil de os colocar em prática?

Uma verdade é certa, para ultrapassar este problema será necessária a existência de uma participação mais activa de todos os intervenientes, sejam eles: empregadores, empregados e equipas de saúde ocupacional. Aos empregadores é solicitada uma maior consciência dos ganhos globais decorrentes da existência de uma política organizacional de saúde, baseada, não apenas, na prevenção de acidentes mas também, e essencialmente, na promoção da saúde dos seus trabalhadores no contexto ecológico em que se inserem. Aos empregados, para além de lutarem pelos seus direitos, considera-se necessário insistir numa maior sensibilização para o dever de proteger o seu estado de saúde e a dos colegas que com consigo laboram. Às equipas de saúde ocupacional, cabe adoptar uma atitude mediadora de todo o processo, levando a que este e outros diagnósticos sejam prevenidos, no sentido de preservar o estado de saúde dos trabalhadores e dos sistemas seus envolventes.

Sabendo que de uma frágil actuação dos anteriores actores poderão resultar danos para a saúde dos indivíduos adultos, que os mais recentes dados fornecidos pelas estatísticas sociodemográficas apontam para um tendencial aumento da esperança média de vida e envelhecimento populacional, e que a magnitude deste fenómeno poderá vir a representar um elevado custo em termos de saúde pública; alertam-se os enfermeiros para a necessidade de intervirem de forma mais profícua nestes contextos, no sentido de promoverem um envelhecimento saudável e activo.

O período após “entrada na reforma” (Após)

Percepção das vivências que passaram a deter

As evidências empíricas fizeram notar que a “entrada na reforma” exerceu influência nas vivências que os inquiridos anteriormente detinham e, pela favorável evolução que apresentaram, vieram corroborar a perspectiva de que *“após a meia-idade a satisfação de vida pode aumentar de forma sustentada e acontecimentos de vida como a reforma parecem não causar diminuição na satisfação de vida [...]”* (Fonseca, 2004b: 144). Também a heterogeneidade que os resultados assumiram e a distinta percepção que se verificou entre os géneros (as mulheres perceberam *“Ter uma vida mais descontraída”* e o *“Realizar mais actividades lúdicas”* e os homens perceberam *“Conviver mais com os amigos”*), foi reveladora de que a referida influência não se fez notar de idêntico modo entre os inquiridos e, a assim ser; uma vez mais ficou demonstrado que *“[...] decerto não nos iremos reformar todos da mesma maneira[...]”* (Fonseca, 2004a: 365).

O método pelo qual foram abordados os inquiridos (quantitativo, por inquérito de resposta fechada) não possibilitou conhecer as razões que estiveram na origem desta diferente percepção. Contudo, quando confrontados estes resultados com outros obtidos em estudos realizados em idênticos domínios, algumas considerações foram passíveis de ser efectuadas. A primeira remete para o facto das mulheres terem percebido mais alterações, nas suas vivências após a “entrada na reforma”, do que os homens. Quando referiram que a partir desse momento passaram a ter uma maior disponibilidade para realizar todas as tarefas que habitualmente lhes competia (*“Ter uma vida mais descontraída”*) e para realizar outras actividades que lhes aprazia (*“Realizar mais actividades lúdicas”*), estas alterações revelaram o sentir de uma maior diferença. Conforme já anteriormente foi dito, um dos factores que poderá ter estado na origem desta mudança de percepção foi a diminuição da sobrecarga de papéis e de tarefas que passaram a ter. Na verdade, são vários os autores a referir que as mulheres que trabalham fora de casa são vítimas desta sobrecarga, deixando-lhes muito pouco tempo para si e muito menos ainda para as suas actividades de lazer. Comprovativos desta afirmação foram os resultados do estudo de Torres *et al* (2005) [efectuado numa amostra de 1700 indivíduos trabalhadores (46,5% homens, 53,5% mulheres)], quando revelaram que o género feminino ocupava em média menos 0,8 horas diárias em actividades de lazer e de cuidados pessoais do que o género masculino.

Na sequência destes resultados, a “entrada na reforma” parece ter libertado algumas mulheres da quantidade de trabalho que detinham e, simultaneamente, ter-lhes proporcionado uma sensação de melhor gestão do tempo em função de si mesmas. Mas será importante, ainda, referir que a geração em estudo foi sempre marcada por esta diferenciação entre os géneros. Recorde-se que a mulher trabalhadora não era muito bem aceite no passado e quando, em jeito de emancipação, se fez lançar ao mundo do trabalho fora de casa, uma das condições que teve de aceitar foi o de acumular os dois papéis (trabalho em casa e fora de casa). Numa longa experiência desta acumulação, percebe-se então o efeito que esta mudança de estatuto terá exercido na percepção das suas vivências.

Quanto ao facto do género masculino ter revelado uma maior disponibilidade para passarem a “*conviver mais com os amigos*”, este resultado também poderá ter encontrado a sua explicação na diferenciação de papéis que no passado se atribuía aos géneros.

Na realidade, o homem foi sempre tido como mais activo, socialmente. Recorde-se que a frequência de espaços de lazer (ex. cafés, clubes, associações) era exclusivamente masculina, enquanto que as mulheres permaneciam em casa a cuidar das tarefas domésticas e dos filhos. O espaço de convívio destas era muito restrito e escasso, cingia-se à conversa com as vizinhas ou com as colegas de trabalho (quando trabalhavam), à ida à paróquia, à saída com os maridos (quando estes as levavam) e pouco mais. Em alguns meios, a entrada de uma mulher num café chegava mesmo a ser uma afronta à opinião pública e eram muito poucas as que se dispunham a tal. Ora, tendo esta prática sido bastante cultivada pelo género masculino ao longo dos tempos, é compreensível que agora, com maior disponibilidade de tempo, ela tivesse sido incrementada. Mais, ainda, quando vêem esta sua frequência ser acompanhada pelos amigos da sua geração, que também agora se aposentam.

QUESTÃO 1

Que indivíduos percebem a vivência de alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”?

- 31,5% dos elementos da amostra percebeu ter vivenciado alterações e/ou dificuldades, após a “entrada na reforma”;
- Entre os que perceberam a referida vivência, evidenciaram-se: os que, à data da “entrada na reforma”, apresentavam idade superior a 65 anos (61,8%); os que se encontravam num estado civil de divorciado/separado (71,4%); os que apresentavam um grau de escolaridade compreendido entre os 5-9 anos (40,0%) e os procedentes da área profissional “Pessoal administrativo e similares” (23,5%).

Tratando-se de um acontecimento que origina uma diferente dinâmica de vida e que “*não deixa de implicar e de exigir o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada personalidade*” (Fonseca, 2004b: 504); facilmente se depreende a razão pela qual, no presente estudo, se constatou que uma significativa percentagem de inquiridos percebeu alterações e/ou dificuldades na vivência que passou a ter após a “entrada na reforma”. Ainda assim, numa primeira análise efectuada a estes resultados, uma questão se colocou:

Porque que é que alguns indivíduos tiveram esta percepção e outros não?

Não será obrigatório, certamente, que todos os indivíduos percebam alterações e/ou dificuldades com a “entrada na reforma” (até mesmo porque, como já anteriormente foi referido, para alguns indivíduos este tempo é bastante desejado e cautelosamente planeado); contudo, torna-se importante reconhecer que a forma como a amostra foi seleccionada poderá ter exercido influência nestes mesmos resultados. O facto de um dos critérios de inclusão da amostra ter sido “estar reformado há menos de 5 anos”, poderá ter originado a que os inquiridos se encontrassem em diferentes fases de transição a este acontecimento de vida e daí, conforme refere Atchley (1996), terem resultado diferentes percepções sobre o fenómeno em estudo (ex. alguns inquiridos poderiam encontrar-se numa fase de “lua de mel” e outros numa fase de desencanto). Também a ausência de significância estatística, apurada no estudo de associação realizado entre a *percepção de alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma”* e o *“tempo de entrada na reforma”* (Quadro 27) foi, de certa forma, reveladora da referida diferenciação. Com base nesta evidência, salvaguarda-se que resultados a ser alvo de discussão correspondem às percepções

que os inquiridos apresentavam no momento em que foram questionados e não à plenitude de alterações e/ou dificuldades que os mesmos possam ter vindo a perceber, ao longo de todo o processo de transição decorrido após a “entrada na reforma”.

A ser assim, quando se verificou que os inquiridos que apresentavam uma idade superior a 65 anos (à data da “entrada na reforma”) foram os que perceberam em maior percentagem a vivência de alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”, a ideia que de imediato emergiu deste resultado foi a maior dificuldade de adaptação que estes indivíduos poderão ter experimentado em relação aos processos de transição ou porque não desejavam “entrar na reforma” [como acontece a alguns indivíduos durante longos anos fizeram do trabalho o seu objectivo de vida (Fonseca, 2004a)] ou porque, mesmo querendo “entrar na reforma”, não se encontravam preparados para a mudança que foram encontrar [dado que este acontecimento de vida origina a necessidade de refazer, não apenas uma estrutura horária mas também, de reestruturar metas, objectivos de vida e relações sociais que passam a diferir das anteriores (Rodrigues, 2004)]; este acontecimento de vida parece ter causado algum transtorno no percurso do seu desenvolvimento. Ainda assim, questiona-se:

Será que os indivíduos mais novos também não terão percebido alterações e/ou dificuldades, nas suas vivências, com a “entrada na reforma”?

É difícil crer que esta mesma percepção não tenha surgido em muitos daqueles que, ainda em idade mais jovem, “entraram na reforma” de maneira indesejada (ex. por motivo de desemprego prolongado) ou que, no auge da sua carreira, se viram forçados a abandonar o trabalho por motivos de saúde. Para estes, a chegada deste acontecimento de vida também terá originado alterações e ou dificuldades nas suas vivências. Contudo, a razão desta maior incidência encontrada nas faixas etárias mais idosas da amostra poderá ter sido potencializada pelo efeito do “envelhecimento” que acompanhou estes inquiridos e, nesta perspectiva: para além dos processos supra referidos, este efeito poderá ter causado um maior acréscimo de dificuldade de adaptação a uma nova forma de vida, que os mais novos não terão sentido. A este respeito, já Fonseca (2004a: 529) salientava que *“muitos dos aspectos que põem em causa uma adaptação com sucesso à reforma não estão especificamente relacionados com a “passagem à reforma” (...) mas, são, fundamentalmente, aspectos que se prendem com o processo de envelhecimento, o qual, mesmo,*

tratando-se de um “envelhecimento normal”, é sempre caracterizado por uma prevalência de perdas sobre os ganhos e por um risco acrescido de diminuição de bem-estar psicológico”.

Efectivamente, não se pode dissociar a “entrada na reforma” do “envelhecimento” que acompanha o ciclo de vida dos indivíduos e, sob esta perspectiva, será importante ter em linha de conta que os fenómenos biofisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos por estes vivenciados (cf. 1. ENVELHECIMENTO: UM PROCESSO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO) dificilmente se distinguem durante este período de vida.

Todavia, independentemente destes resultados, considera-se importante referir que *“Retirement should be a planned activity, not a sudden event”(..)”The mental preparation is extremely important, and in one’s busy schedule up until retirement day, the planning and soul searching may get pushed aside.”* (Hawken e Hillestad, 2000:102). E, se este planeamento ainda não é uma prática usual na população portuguesa, que se apresenta num período iminente de aposentação (próximos dos 65 anos de idade); mais dificilmente se encontram indivíduos que em plena idade activa o considerem necessário ou se estejam a preparar para a chegada deste acontecimento de vida. Esta é, sem dúvida, uma debilidade que caracteriza a nossa sociedade, já que em outras culturas (como é exemplo a Americana), tal procedimento é entendido como “normal” e até mesmo considerado essencial à manutenção de um ciclo vital saudável (Hawken e Hillestad, 2000; Rosenkoetter e Garris, 1998). Com base neste reconhecimento, sugere-se então que num futuro próximo seja efectuado um maior investimento no âmbito do planeamento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde na “entrada na reforma”. E, uma vez mais, pelo conhecimento e natureza dos cuidados que poderá disponibilizar aos indivíduos que acompanha, ao longo do seu ciclo vital, a contribuição da Enfermagem será determinante neste domínio.

O estado civil foi outra das variáveis que no presente estudo revelou exercer influência sobre a forma como os indivíduos vivenciam esta transição de vida. A significância estatística assumida entre a percepção de alterações e/ou dificuldades vivenciadas com a “entrada na reforma” e esta variável assim o fez denotar e, o particular enfoque assumido pelo estado civil “divorciado”, remeteu para a existência de outros factores que igualmente poderão influenciar a vivência do referido processo de transição. Um desses factores aponta para o facto de se tornar mais difícil, para os indivíduos, ultrapassar as

mudanças sob um clima de perturbação, isto é; se uma transição ocorre concomitantemente com outra (neste caso se a “entrada na reforma” ocorre num contexto em que se deu ou se está a dar uma alteração de vida familiar, sentimental, económica e/ou outra, como é o exemplo daquela que é originada pelo divórcio). Neste âmbito, Rutter (*apud* Fonseca, 2005) foi bem explícito quando, suportado num paradigma de continuidade, refere que a turbulência originada pela confluência de muitas transições simultâneas tende a ser desvantajosa em termos de bem-estar psicológico, sendo este efeito particularmente marcante em fases do ciclo vital que sejam dotadas de uma fragilidade acrescentada, como é exemplo a meia-idade.

No presente estudo, não foi possível saber se os indivíduos questionados estariam a vivenciar simultaneamente estes dois acontecimentos (divórcio+“entrada na reforma”). No entanto, vários autores são defensores de que o casamento propicia uma certa estabilidade aos indivíduos, conferindo-lhes uma robustez emocional que toma um carácter protector na vivencia da mudança (Hanson, 2005; Fonseca, 2005; Stanhope, 1999). Se, a esta perspectiva, se acrescentar ainda a concepção que a geração em estudo certamente remeteria para a instituição casamento [entre outros, os “valores de segurança e estabilidade” (Ribeiro, 2005:26)], mais acentuada ainda se terá tornado esta dificuldade para os que se encontravam no referido estado civil.

Com a anterior análise, não se pretendeu afirmar que todos indivíduos divorciados vivenciem necessariamente alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”. Contudo, considerando que a estabilidade deriva da manutenção de padrões consistentes de relações interpessoais (Rutter *apud* Fonseca, 2005), e que, numa situação de divórcio, esse padrão de estabilidade poderá ficar fortemente afectado, reconhece-se que poderá existir alguma probabilidade de esta situação exercer influência, quando se vivem transições desta natureza.

Também o grau de escolaridade e a área de exercício profissional parecem ter exercido influência na forma como os indivíduos deste estudo viveram o seu processo de “entrada na reforma”. Reveladora da referida influência, foi a significância estatística assumida pela associação entre estas variáveis e a percepção de alterações e/ou dificuldades que os mesmos proferiram, vindo fundamentar a perspectiva de que as condições de vida experimentadas pelos indivíduos durante a sua idade adulta poderão determinar a forma

como os mesmos se adaptam a este tipo de transição (Fonseca, 2004a; Henretta, 2001; Rosenkoetter e Garris, 1998). Assim, quando as evidências empíricas fizeram notar que inquiridos de escolaridade média (5 a 9 anos de escolaridade) e aposentados de áreas profissionais intermédias (*“Técnicos e profissionais de nível intermédio” e “Pessoal administrativo e similares”*) foram os que se associaram em maior percentagem a tal percepção, este resultado leva a supor que a referida relação poderá ter sido atribuída ao facto destes se encontrarem numa posição menos bem definida, em termos de interesses e de objectivos de vida pessoal.

Mas, o que fará supor a existência desta indefinição?

As declarações de Fonseca (2004a) ajudam nesta explicação, quando refere que: os indivíduos detentores de um menor grau de escolaridade e de níveis socioeconómicos mais baixos (grande parte das vezes associados), cujas expectativas de vida não os deixam “ir muito longe” ou por estarem mais acomodados, habitualmente não percebem tantas alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”. O mesmo sucede com os que apresentam níveis de escolaridade mais elevados e assumem cargos profissionais mais diferenciados, porque geralmente têm interesses mais definidos e auferem possibilidades intelectuais e económicas para satisfazer as suas necessidades. Na verdade, é geralmente nas classes intermédias onde se encontram os maiores níveis de instabilidade e esta forma de estar poderá suceder por diversas razões, sendo a mais elementar decorrente de serem os próprios indivíduos a terem dificuldade em situar-se sócio-culturalmente, no meio em que se inserem (Rodrigues, 2006).

Com base nesta perspectiva e porque durante a “vida activa” se criaram algumas expectativas de viver “melhores tempos” após a “entrada na reforma”, a não concretização das mesmas poderá originar um certo sentimento de desilusão, que se vem a manifestar por uma maior percepção de alterações e/ou dificuldades. Um exemplo clássico desta desilusão prende-se com o facto de agora (após a “entrada na reforma”), apesar de passarem a ter mais tempo para viajar, para ir ao cinema, para frequentar um ginásio, ..., enfim para realizar todas as actividades com as quais tinham sonhado e que foram adiando para esta altura da sua vida, não poderem ver essas suas expectativas realizadas, porque os recursos económicos não o permitem, ou porque, ainda que economicamente os consigam comportar, não são detentores de conhecimentos, de redes sociais de suporte ou de estratégias bem definidas que lhes permitam alcançar tais

desígnios.

Esta complexidade acentua-se ainda mais se exerceram profissões que foram pouco estimulantes ou que não lhes tenham facultado um espaço mínimo de preparação para esta transição. Recordando as áreas profissionais, de que foram provenientes os inquiridos que revelaram mais alterações e/ou dificuldades (*“Técnicos e profissionais de nível intermédio”* e *“Pessoal administrativo e similares”*), não será difícil perceber as razões de tal sucedido. Sem querer generalizar (até mesmo porque, conforme anteriormente foi dito, cada pessoa é única e a vivência do seu processo de desenvolvimento faz-se de forma singular), será importante fazer notar que pelas próprias características das referidas áreas, a emergência de tais percepções poderá ter sido facilitada. Senão, veja-se: a exigência do cumprimento de uma rotina administrativa, a diminuta estimulação de processos de criatividade e, até mesmo, o limitado poder de autonomia na tomada de decisão (ex. funcionários públicos), são exemplo de alguns factores a que estes indivíduos estiveram expostos durante uma vida de trabalho e que, por si só, poderão ter contribuído para esta manifestação. Acrescendo à anterior exposição a forma abrupta como destas áreas profissionais se fazem a maioria das “entradas na reforma” (isto é, sem qualquer cedência de tempo ou de ajuda técnica que prepare o indivíduo para este acontecimento) e, ultimamente, pela mudança da legislação vigente, a forma repentina e imponderada com que se toma esta decisão (meramente por questões de ordem económico-financeira), poder-se-á ver ainda mais agravada esta percepção, num futuro próximo.

Mas, na realidade, a percepção que os indivíduos detêm da sua “entrada na reforma” é consequente ao significado que atribuíram ao trabalho, enquanto profissionalmente activos. *“Se a vida profissional teve pouca importância para além do salário ganho no final do mês, de certo que a sua falta será menos sentida do que se o trabalho constituiu um motivo de realização pessoal, de estabelecimento de relações significativas com outros, de expressão de valores. (...) também é verdade, porém, que as pessoas se adaptam bem à reforma na sequência de uma vida profissional bem sucedida, no fim da qual tomam consciência de que o trabalho não era para sempre e que a reforma é um acontecimento normativo que implica adaptações a vários níveis.”* (Fonseca, 2004a: 530). Com base nesta perspectiva, uma vez mais se remete a maior dificuldade de adaptação para os indivíduos que se encontram menos bem definidos (geralmente os que têm habilitações educacionais médias, operam em áreas laborais intermédias e, em concordância, ocupam estratos socio-económicos médios).

Pela exposição anterior fica-se então a perceber que existe, de facto, uma elevada probabilidade de se vir a revelar a percepção de alterações e/ou dificuldades, quando os anteriores factores se conjugam. Contudo, e conforme foi sendo afirmado, eles não constituem condição única e/ou necessária para a sua ocorrência e porque cada pessoa vive a “entrada na reforma” de uma forma singular e em contextos muito dispare, mais uma vez se reitera a necessidade de conhecer cada situação *per si* e de agir em conformidade.

Este será um dos desafios a serem colocados às equipas multidisciplinares, que neste âmbito de actuação venham a ser constituídas. E aos enfermeiros, enquanto elementos integrantes das mesmas, uma vez mais se solicita que no desenvolvimento das suas competências dêem uma particular atenção para os benefícios que desta prática venham a resultar, em termos de promoção da saúde dos indivíduos e famílias a quem prestam os seus cuidados.

QUESTÃO 2

Que alterações e/ou dificuldades são percebidas, pelos indivíduos, no período de “entrada na reforma”?

- As alterações e/ou dificuldades mais percebidas pelos inquiridos, no período de “entrada na reforma”, estiveram relacionadas com: a “alteração das rotinas diárias” (26,5%), a “dificuldade em ocupar o tempo” (14,7%), a “diminuição do poder económico” (14,0%), a “solidão” (13,2%) e a “diminuição da auto-estima” (10,3%). Com menor representatividade, foram igualmente percebidas: a “alteração do estado de saúde” (5,9%), a “saudade” (5,1%), o “isolamento”, a “readaptação ao setting lar” e a “adaptação a novos papéis” (ambas com 4,4%) e, ainda, a “diminuição de estímulos” (3,7%).
- Os inquiridos com mais idade perceberam maioritariamente a “diminuição do poder económico”, a “alteração das rotinas diárias” e a “saudade”; os mais jovens o “isolamento”, a “diminuição de estímulos” e a “readaptação ao setting lar”.
- Os inquiridos do género masculino perceberam maioritariamente o “isolamento” e a “readaptação ao setting lar” (sendo estes exclusivamente por este género percebidos) e os do género feminino a “saudade” (85,7%), a “solidão” (73,3%) e a “diminuição do poder económico” (68,4%).

Os resultados que se obtiveram neste estudo tornaram evidente e inegável o facto de a “entrada na reforma” constituir um período de transição de vida que assume características muito específicas. As alterações e/ou dificuldades manifestadas pelos

inquiridos assim o comprovaram mas, pelas evidências estatísticas nele encontradas, conclui-se também que tal fenómeno não se manifesta de igual forma em todos aqueles que vivenciam esta transição.

Quando se verificou que as percepções de alteração e/ou dificuldade mais mencionadas confluíram para a categoria “*alteração da rotina diária*” (26,5%), este resultado veio confirmar que mesmo quando desejada e/ou esperada, as mudanças de vida operadas com a “entrada na reforma” suscitam sempre algum desconforto e stress para os indivíduos (Ainken, 1995; Agostinho, 2004; Atchley, 1996; Fonseca, 2004a; Rosenkoetter e Garris, 1998). Porém, quando esta se demonstrou mais frequente nos inquiridos de idade mais avançada, este dado remeteu para o entendimento de que nos mais idosos existe, efectivamente, uma maior dificuldade na adaptação à mudança.

Se a alteração de um percurso de vida não é habitualmente uma tarefa fácil, e grande parte das vezes remete para constrangimentos para os quais se torna necessária a adopção de estratégias para minimizar os seus efeitos, quando esta ocorre após longos anos de vida instituída (em que a apetência para a mudança é geralmente exígua), surgirão, naturalmente, mais resistências e/ou dificuldades nestes processos de transição. A maior solicitação em termos de acompanhamento de um processo de envelhecimento, que se vai tornando cada vez mais acentuado, e a menor plasticidade que habitualmente caracteriza as gerações de mais idade, poderão ter sido alguns dos factores que levaram a que esta percepção tivesse sido maioritariamente proferida por inquiridos com mais de 65 anos.

Mas outros factores terão contribuído para este resultado. Um exemplo explícito desta existência, terá sido o próprio motivo que levou estes indivíduos a tomar a decisão de “entrada na reforma” em idade mais tardia. Se, para alguns, esta situação foi normativamente imposta, para outros, terá sido uma opção pessoal relacionada com o adiar de uma conjuntura cuja “*alteração da rotina diária*” que pouco lhes aprazia. Fonseca (2004a: 347) ilustra bem esta ideia quando profere que “[...] *alguns indivíduos se reformam tardiamente porque a vida profissional sempre foi mais gratificante do que a perspectiva de acordarem de manhã e “não terem nada para fazer”[...]*” e talvez por esse motivo se verifique que muitos indivíduos, após a “entrada na reforma”, demonstram um certo interesse por voltar a trabalhar e muitos chegam mesmo a fazê-lo.

Afirmam alguns autores (Antunes, 2007; Fonseca, 2004a; Rosenkoetter e Garris; 1998) que, para os que conseguem alcançar este objectivo, a satisfação de vida aumenta de forma significativa. Efectivamente, a possibilidade de se manter activo, de preservar “alguma rotina”, de poder ocupar o tempo livre com alguma actividade, de ter mais uma fonte de rendimento económico (para além do valor da pensão de reforma) e, juntando aos anteriores, a ausência da obrigatoriedade agora conferida pelo seu estatuto, contribuirão certamente para este efeito. Enquanto perdura, esta situação poderá minimizar outra das alterações e/ou dificuldades manifestadas pelos inquiridos, que foi a percepção de “*dificuldade em ocupar o tempo*” (14,7%). Mas é certo que, essa ocupação não terá de passar necessariamente pela adopção um estatuto de trabalhador, já que muitas outras formas existirão para ocupar o tempo de forma útil.

Reconhece-se, porém, que numa sociedade em que persiste uma certa tendência para valorizar quem é produtivo e em que o estatuto conferido pela mesma esquece muitas vezes aquele que foi o seu contributo para o seu actual estado (ex. deixar de ser o Sr. Prof. Dr. X para passar a ser, apenas, o Sr. X), possa precipitar esta necessidade de demonstrar que ainda se é socialmente útil. Se a este quadro se acrescentar a possível percepção de “*diminuição da auto-estima*” (10,3%), mais premente se torna, ainda, esta necessidade.

Todavia, a percepção de “*alteração da rotina diária*” não foi a única alteração e/ou dificuldade a ter sido mencionada pelos inquiridos de mais idade. Quando neste grupo etário (idade superior a 65 anos) e particularmente no género feminino, se evidenciam as percepções de “*diminuição do poder económico*” (14,0%), de “*saudade*” (5,1%) e de “*solidão*” (73,3%), estes resultados chamaram a atenção para outras problemáticas que poderão estar envolvidas na forma como as mulheres de mais idade vivem este processo de transição. Relativamente à “*diminuição do poder económico*”, e tendo o tratamento estatístico revelado que as mulheres inquiridas neste estudo exerceram funções em áreas profissionais menos diferenciadas e que globalmente eram detentoras de um nível socioeconómico mais baixo do que os inquiridos do género masculino, não se tornou difícil perceber a origem desta percepção. Não sendo um resultado muito diferente de outros encontrados em estudos efectuados em idênticos domínios (ex. Torres *et al*, 2005; Fonseca, 2004a), e apesar das estatísticas revelarem que esta desigualdade entre os géneros tem tendência a diminuir (INE, 2007), na geração em estudo esta ainda foi uma

realidade bem presente.

Reserva-se a realização de qualquer tipo de comentário relativamente a esta assimetria, mas o mesmo já não se poderá fazer com respeito aos efeitos que deste quadro possam resultar em termos de bem-estar para essas mulheres e, de forma mais específica, para as repercussões que esta vulnerabilidade poderá trazer em termos de preservação do seu estado de saúde. Na verdade, são bastante frequentes os casos de pobreza que neste grupo populacional são identificados e, já para não falar das dificuldades a que grande parte das vezes esta situação remete quando prestam os seus cuidados, esta situação carece de uma particular atenção. Cabe, então, aos enfermeiros identificar, sinalizar e encaminhar estes casos para uma rede social de apoio mais abrangente, na qual outros profissionais poderão colaborar na minimização deste problema, poderão ser formas de ajudar. Contudo, torna-se igualmente necessário que estes profissionais mantenham o devido acompanhamento dos mesmos pois, só desta forma poderão minimizar o potencial risco de exclusão social a que esta variável poderá expor.

Importante será, ainda, averiguar a coexistência de outras variáveis que possam exponenciar o referido risco e quando neste estudo as percepções de “solidão” e de “saudades” se manifestaram predominantemente neste género, em idade mais avançada, há razões para ver acrescida a preocupação com este grupo populacional. Ainda que estas percepções possam não ter sido uma consequência absoluta e directa da “entrada na reforma”, uma vez que o próprio processo de envelhecimento populacional as expõe a esta situação [Segundo o INE (2001), 5,5 % do total da população residente em Portugal vive só, dos quais 3,7% são mulheres e 1,8% são homens. O grupo etário mais afectado é o dos idosos, e dentro deste, as mulheres estão em maioria. A mesma fonte mostra ainda que 54,4% das pessoas que vivem sós têm uma idade superior a sessenta e cinco anos, sendo a viuvez a maior “causa” da solidão nos idosos] e que, aspectos de natureza sócio-cultural facilitem igualmente este processo [*... é mais fácil para os homens divorciados ou viúvos encontrar companhia feminina, pois estas são em maior número, para além de que continua a ser mais aceitável socialmente que os homens tenham relações ou casem com mulheres mais novas, do que o contrário*] Giddens (1997:723)]; este quadro alertou para a necessidade dos enfermeiros estarem mais atentos para esta conjugação de vulnerabilidade e, no sentido de prevenir estas e outras situações que possam por em risco o seu bem-estar, efectuarem um acompanhamento de maior proximidade às mulheres idosas que vivem solitariamente.

Contudo, é necessário fazer notar que os efeitos menos positivos da “entrada na reforma” não se manifestaram apenas nos inquiridos mais idosos ou do género feminino. Ainda que em menor representatividade, também nos inquiridos mais novos e do género masculino emergiu a percepção de alterações e/ou dificuldades na vivência deste acontecimento de vida e, desta vez, em função das evidências empíricas, tudo leva a crer que tais dificuldades possam ter sido efectivamente resultantes de um processo adaptativo menos “bem-sucedido”.

Quando as percepções de “*isolamento*” e de “*dificuldade de readaptação ao lar*” foram exclusivamente mencionadas por inquiridos com o referido perfil (homens com idade inferior a 65 anos), este resultado remeteu para a seguinte análise: independentemente do motivo que originou a “entrada na reforma” e desta ter sido esperada e/ou desejada, o facto deste acontecimento ter ocorrido em tempo anterior aquele que seria previsto, terá de certo modo alterado o normal percurso de vida adoptado por estes indivíduos. Nesta perspectiva, poder-se-á questionar:

Mas, o mesmo não poderá ter sucedido nos outros indivíduos de mais idade e do género oposto?

Com toda a certeza que sim. Mas a grande diferença que se coloca neste caso, em particular, reporta-se ao facto destes indivíduos se terem visto sujeitos a um afastamento espaço-temporal e social ocorrido num momento não concordante com aquele que seria previsto suceder, em termos de desenvolvimento do seu ciclo vital. Na verdade, este aspecto poderá ter exercido toda a diferença mas, se a ele, se associar o facto destes indivíduos terem verificado que esta sua vivência não foi acompanhada pelos seus pares (familiares, amigos e/ou colegas com quem se identificam nesta mesma fase do ciclo vital); mais facilitada terá sido a percepção de “*isolamento*” que referiram.

Relativamente à “*readaptação ao setting lar*”, esta percepção poderá ter tomado outros rumos explicativos e estes, por sua vez, não se terão cingido apenas ao domínio individual mas a toda a envolvência na qual ela se manifestou. Neste sentido, torna-se necessário salientar que esta percepção também poderá ter sido vivenciada por outros indivíduos, que não apresentassem necessariamente este perfil (homens com idade inferior a 65 anos); todavia, tendo em linha de conta o contexto sociocultural no qual este

fenómeno se desenvolveu, facilmente se descobre a origem desta maior manifestação. Na realidade, a sociedade contemporânea persiste em aceitar com maior facilidade a permanência da mulher (independentemente da sua idade) ou do homem de mais idade em casa do que estes indivíduos (uma vez que a estes se atribui o papel de “chefe de família”, fonte de subsistência económica do sistema familiar) e, se a este quadro se associar a elevada probabilidade da sua mulher (cônjuge) permanecer no exercício das suas funções fora de casa, ainda mais evidente se terá tornado esta percepção.

Por outro lado, o facto destes indivíduos terem passado a permanecer mais tempo em casa, de certo modo, terá exercido algum efeito na esfera de interacção sistémica que se passou a desenvolver em contexto familiar. Ainda que esse efeito não tivesse de resultar necessariamente em stress relacional e/ou em manifestações de conflituosidade, a realidade é que existe sempre uma certa probabilidade destas situações emergirem quando os elementos da família permanecem mais tempo juntos e, segundo alguns autores (Alarcão, 2006; Hanson, 2004; Stanhope, 1996), mais ainda quando um ou mais elementos dessa mesma família não se encontram satisfeitos com os outros ou consigo mesmos.

Na verdade, para quem permaneceu um pouco afastado da dinâmica do lar, de repente ver-se envolvido (mesmo que seja só como um mero “espectador”) num mundo de rotinas para as quais nunca tinha estado desperto poderá suscitar algum desconforto e fazer com que a readaptação ao *setting* lar seja percebida como uma dificuldade. Associando a este aspecto a uma inevitável “*alteração de papéis*” que, com o passar do tempo, se possa vir a verificar (ex. deixar de ir para o emprego para passar a ir ao supermercado porque a mulher chega mais tarde do trabalho, dar indicações à empregada porque se está em casa ou cuidar de familiares porque se está mais disponível), decerto que esta mudança não se tornará fácil e muito menos ainda para uma geração que não aprendeu a partilhar tarefas.

Por último e relativamente à percepção de “*alteração do estado de saúde*”, o facto de ter tomado uma distribuição descaracterizada na amostra, veio revelar que esta poderá ter sido proferida pelos inquiridos que se reformaram pelo motivo “estado de saúde”, mas também por aqueles que a perceberam como alteração e/ou dificuldade, após a “entrada na reforma”.

Os resultados que neste mesmo estudo foram obtidos no âmbito da evolução dos comportamentos e do estado de saúde ajudaram, de certa forma, a explicar esta percepção, quando fizeram notar que:

- A vigilância de saúde aumentou após a “entrada na reforma” e, decorrente dessa alteração de comportamento, muito provavelmente os inquiridos passaram a direccionar mais a sua preocupação para o seu estado de saúde;
- A incidência de patologia crónica aumentou, talvez decorrente do anterior procedimento, mas também, porque se verificou efectivo um aumento da morbilidade nos inquiridos (podendo esta estar associada ou não à “entrada na reforma”).

Finalizando, e pela análise anteriormente efectuada, parece então não restar qualquer tipo de dúvida relativamente ao facto da “entrada na reforma” constituir um acontecimento que propicia o desenvolvimento de fenómenos de transição na vida dos indivíduos.

Independentemente das razões que estiveram na base das alterações e/ou dificuldades percebidas, o simples facto de terem sido proferidas pelos inquiridos leva ainda a reconhecer que a “entrada na reforma” também não constitui um acontecimento de vida completamente inócuo. Na verdade, como sucede em qualquer transição, também no caso específico da “entrada na reforma” os indivíduos poderão estar expostos a uma certa vulnerabilidade, à qual, por sua vez, poderá repercutir-se em termos de desequilíbrio do seu estado de saúde. No sentido de minimizar este efeito, os enfermeiros deverão estar cada vez mais atentos para esta realidade. Mediar esta transição, no sentido de promover um processo de adaptação bem-sucedido, poderá ser uma das suas intervenções mais ajustadas a esta situação. Mas, será importante que não tomem por esquecido o facto deste procedimento não poder ser realizado de forma generalizada, uma vez que cada caso de “entrada na reforma” é único e as estratégias a adoptar deverão adaptar-se à realidade de cada indivíduo.

Como poderão, então, alcançar tal desígnio?

Conhecer as estratégias que os indivíduos adoptaram para conseguir ultrapassar as alterações e/ou dificuldades que perceberam neste período de transição, poderá constituir uma preciosa ajuda nesse sentido.

QUESTÃO 3

Que estratégias utilizam os indivíduos para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percebidas, no período de “entrada na reforma”?

Alterações e/ou dificuldades percebidas	Principais estratégias proferidas
Adaptação à alteração de rotinas diárias	Auto-imposição de um ritmo ou de uma rotina diária (29,2%) Frequência de locais e/ou instituições públicas (25,0%)
Dificuldade em ocupar o tempo	Ocupação no lar (23,0%) Frequência de locais e/ou instituições públicas (Voluntariado - 7,7%)
Diminuição do poder económico	“Poupar” (64,7%), “aproveitar e/ou reaproveitar” (47,0%) e “recurso à ajuda de familiares” (5,9%)
Solidão	Visionamento de televisão (26,6%) Outras: “Ir às compras”, “passear”, “procurar companhia”, “conversar com vizinhos” e “realizar voluntariado” (6,6%)
Diminuição da auto-estima	Participação em instituições da comunidade Procura de fontes de valorização pessoal
Alteração do estado de saúde	Ações realizadas no sentido de minimizar e de reabilitar as complicações decorrentes do estado de saúde apresentado
Saudade	Procura activa de proximidade das fontes que proporcionassem o desvanecimento deste sentimento (60,0%) Resignação (40,0%)
Isolamento	Sem estratégia (66,7%) Procura de amigos
Readaptação ao setting lar	Procura em sistemas exteriores ao familiar
Adaptação a novos papéis	Maior participação nas funções e tarefas familiares, sendo evidente o apoio prestado à família alargada.
Diminuição de estímulos	Diversas

As estratégias adoptadas pelos inquiridos, para fazer face às alterações e/ou dificuldades percebidas após a “entrada na reforma”, foram as mais diversas. Efectuar um comentário pormenorizado a todas elas seria uma situação árdua, isto porque; se por um lado, algumas se revelaram inespecíficas relativamente às categorias que foram constituídas (ex. “Ocupar mais o tempo”, “Impor ritmo no dia-a-dia”, “Manter a actividade”), por outro, reconhece-se que seria necessário obter um conhecimento mais profícuo do contexto no qual as mesmas foram adoptadas. Ainda assim, considera-se que algumas estratégias e/ou ausência das mesmas, poderão revelar alguma informação que ajude nesta tarefa e, como tal, fará sentido que algumas delas sejam alvo de uma breve análise.

Verifique-se, por exemplo, a forma como alguns inquiridos tentaram responder à “alteração da rotina diária”. Apesar de nestas gerações ser bastante frequente ouvir o desabafo de que estavam cansados da rotina que a vida profissional lhes impunha, torna-se interessante constatar que agora, na ausência da mesma, esta lhes faz falta e para fazer face a essa alteração e/ou dificuldade percebida, logo tentam encontrar estratégias que a volte a repor nas suas vidas. Interessante foi igualmente verificar a forma como o fizeram e a expressão que, os próprios, utilizaram para caracterizar a referida estratégia: “Auto-imposição”. Como que de uma necessidade se tratasse, a referida expressão remeteu para o entendimento de que nestes indivíduos permaneceu a noção da importância de manter “objectivos” na sua vida; só que desta vez, reorientando-os em função da nova forma (de vida) que passaram a deter. Esta atitude pró-activa terá decerto fomentado o seu bem-estar psicológico (Fonseca, 2004b) neste período mas, mais do que isso, terá propiciado a continuidade de um processo de envelhecimento “bem-sucedido” em todas as dimensões do seu desenvolvimento (Baltes e Carstensen, 1996).

Com base na anterior perspectiva e procurando dar resposta à percepção de “Dificuldade em ocupar o tempo”, compreende-se então a necessidade que os inquiridos tiveram em procurar estratégias para se ocuparem, após a “entrada na reforma”. Desta feita, a “ocupação no lar” foi a mais salientada e, mais uma vez, como seria de esperar, pelo género feminino. A questão do género justifica-se em grande parte pela responsabilidade doméstica que já anteriormente lhe era atribuída, mas a preponderância que a adopção desta estratégia teve na amostra, poderá ter estado relacionada com outras variáveis que caracterizam esta faixa etária. Ainda que não dando como peremptória a afirmação que a seguir se efectua, a verdade é que a escassez de recursos educacionais e/ou económicos persistente no referido grupo populacional, se coadunou com as exíguas exigências requeridas pelas actividades que se podem desenvolver no mencionado *setting* (ex.: ver televisão, labores, jardinagem e/ou agricultura), daí que a referida estratégia tenha sido preferencialmente adoptada. Mas, não apenas. Reconhece-se que a referida preponderância também poderá ter sido resultante de outros factores (ex. aumento da percepção de envelhecimento, perda de auto-estima, sentimento de inutilidade) e esses, para além de remeterem para outras esferas de análise, merecem um particular enfoque em termos de intervenção em saúde.

Desta forma, quando se verificou que a maioria das actividades agora adoptadas pelos inquiridos eram as mesmas que já anteriormente adoptavam (ex.: jardinagem e/ou agricultura), esta evidência empírica não só veio uma vez mais comprovar que nesta fase do ciclo vital persiste uma certa resistência à mudança, como veio também revelar que durante a idade adulta muito provavelmente não terão sido sensibilizados para os efeitos desta mudança. No intuito de minimizar este quadro, faria então todo o sentido que, ainda durante o período da vida activa, estes indivíduos fossem orientados não apenas para o desenvolvimento das suas competências, mas, também, para uma diversificação de experiências e de aprendizagens que neste período das suas vidas lhes proporcionasse um mais vasto campo de interesses e de actividades que lhes pudessem ser dadas como alternativa de ocupação.

Com efeito, se a referida orientação se revelaria benéfica para a generalidade dos casos, para os indivíduos cujas características os expõem a um particular risco de vulnerabilidade, decerto que viria a constituir uma mais valia ainda maior. Tome-se, por exemplo, a escassez ou mesmo ausência de estratégias que se obtiveram nos indivíduos que perceberam o *“isolamento”*, após a *“entrada na reforma”*. Para estes, a ocupação diversificada teria sido por demais benéfica, não apenas em termos de ocupação do tempo em si mesmo, mas também pelo efeito terapêutico que desse comportamento poderia resultar. O maior contacto com o mundo exterior e o relacionamento com *“outros”* (pares ou não) que de tal comportamento poderia advir, salvaguardaria certamente a possibilidade de ocorrência de um envelhecimento mais *“bem-sucedido”* (Fernández-Ballesteros e Rodríguez, 2004; Rodrigues, 2004).

De resto, e de modo orientado ou não, a recorrência ao contexto social demonstrou-se bem evidente na amostra em estudo. A avultada menção à frequência de instituições da comunidade (ex. associações), à realização de voluntariado e ao convívio em espaços sociais (ex. café), foram algumas das formas de resposta que os inquiridos deste estudo encontraram para fazer face às alterações e/ou dificuldades percebidas e essa manifestação, de certa forma, indicou o carácter salutogénico que esta estratégia poderá adoptar neste período de transição. Efectivamente, se esta estratégia se revela de uma extrema importância em termos de promoção da saúde individual agora, que se verifica uma ruptura com um dos contextos no qual durante muitos anos se desenvolveu um

intenso processo de interacção social (o mundo do trabalho), mais importante se tornará ainda este restabelecimento. Neste contexto, salienta-se uma vez mais a importância que o estabelecimento de objectivos de vida apresenta na conduta das pessoas e, neste caso em particular, o efeito que poderá ter na vivência deste período de transição. Ilustrativos desta afirmação foram os casos de voluntariado encontrados na amostra, revelando uma intrínseca preocupação em ocupar o tempo de forma útil e não de o ocupar apenas por ocupar. Esta actividade de voluntariado poderá, de facto, tornar-se uma estratégia bastante profícua em termos de promoção de saúde; não apenas por ser considerada como uma das medidas de cariz pessoal a ser adoptada no sentido de controlar e reduzir o impacte negativo das perdas desenvolvimentais que deste período possam advir (Fonseca, 2004b) (ex. diminuição da auto-estima), mas também porque se trata de uma forma de os indivíduos, na sua grande maioria ainda plenamente activos, poderem rentabilizar um conjunto de conhecimentos (adquiridos ao longo de muitos anos) em prol de uma comunidade que se considera cada vez mais escassa em recursos. Cientes deste contributo, fará então sentido divulgar cada vez mais esta forma de ocupação; não apenas, pelos ganhos em saúde que ela possa proporcionar à comunidade, mas também porque, directa ou indirectamente, esta actividade constituirá sempre uma mais valia em termos do seu desenvolvimento individual (ex. formação contínua, contacto social, manutenção de ritmo de vida).

Quanto às estratégias mencionadas para fazer face à percepção de *“Dificuldade económico-financeira”*, a atitude manifesta pelos inquiridos revelou a necessidade da existência de uma rápida adaptação. Na verdade, se no início da sua actividade laboral (décadas de 60-70), a geração que hoje se reforma imaginasse as mudanças político-sociais e económicas pelas quais iria ter de passar, muito provavelmente, teriam adoptado outras estratégias que não os teriam exposto de forma tão evidente a esta situação, agora percebida.

As mudanças que neste âmbito se fizeram sentir foram efectivamente diversas, mas, pelo menos, duas terão sido decisórias. Uma esteve relacionada com a adesão à moeda única europeia, da qual resultou uma significativa diminuição do poder de compra [uma vez que, os ordenados em escudos foram directamente convertidos em euros mas, o custo dos bens sofreu um aumento exponencial (ex. um café que custava 25\$ (escudos), passou a custar 0,25€ (euros))].

A outra derivou da mudança do regime de atribuição do valor da reforma, sendo que neste campo dois aspectos se destacaram:

- um primeiro, também relacionado com o anterior, que não fazia prever que um “excelente ordenado” em 1970 viria a ser um “péssimo ordenado” nos anos 2000;
- um segundo, e esse sim mais relacionado com esta mudança propriamente dita, que contrariamente ao que previam no início da sua actividade laboral (para a determinação do valor da reforma, só contariam os últimos dez anos contributivos), passaram a ser contabilizados todos os anos de contribuição, levando a um decréscimo significativo do valor inicialmente esperado (este, terá sido um dos motivos que levou e ainda hoje leva muitos dos indivíduos de meia-idade a reformarem-se de forma antecipada, sem ponderarem os efeitos que dessa opção possam advir).

Ainda, relativamente às estratégias adoptadas para dar resposta a esta “*Dificuldade económico-financeira*”, vale a pena fazer notar que esta percepção é habitualmente mais sentida pelos indivíduos que se reformaram de trabalhos dependentes e que adoptam os meios urbanos, como áreas de residência. A primeira característica em certa medida ter-lhes-á limitado a sua capacidade de empreendedorismo e daí que, num estatuto de reformados, tenham mais dificuldade em idealizar novas formas de rendimento. Quanto à segunda característica, é sabido que nas cidades para além, de terem de adquirir todos os seus bens (inclusive os de consumo essencial, situação que nos meios rurais não se verifica dada a proximidade da fonte e a maior solidariedade de partilha comunitária), os próprios hábitos e rotinas de vida neste meio (ex. ir ao café, ao cinema, estacionar um carro) implicam um custo, fazendo com que esta dificuldade se veja ainda mais agravada.

Decorrente da anterior situação e de alguma “*Dificuldade em ocupar o tempo*”, alguns reformados procuram então reingressar ao mundo do trabalho. De certa forma considerada como uma estratégia, esta condição poderá agora tornar-se bem mais gratificante do que a situação laboral que detinham anteriormente. Tal sucede por esse mesmo motivo: porque passou a ser dada como uma estratégia e não como uma obrigação, que até à data poderia constituir uma fonte de desconforto a vários níveis (ex. físico, emocional, psicológico). Vários autores descrevem esse mesmo efeito, quando revelam que o grau de satisfação com a vida aumenta significativamente nestes indivíduos quando adoptam esta estratégia (Antunes, 2007; Belsky, 2001; Fonseca, 2004b).

Contudo, torna-se importante referir que esta estratégia não é igualmente adoptada pelos géneros. As estatísticas não permitem ter uma noção exacta desta circunstância, mas tendo em linha de conta que, ainda que diminuta, a oferta de trabalho e a admissão ao mesmo permanece superior no género masculino e que para a maioria das mulheres a ocupação no lar se torna uma das principais estratégias após a “entrada na reforma”, facilmente se depreenderá que o género masculino é o que adere a esta estratégia com maior frequência.

Outras estratégias para dar resposta às alterações e/ou dificuldades percebidas neste período, remeteram para a esfera da *“adopção de novos papéis”*. Desta feita, a maior colaboração na gestão doméstica (mais salientada pelo género masculino) e a maior ajuda no cuidar das gerações familiares envolventes (proferida, em idêntica percentagem, por ambos os géneros), vieram revelar que o papel de “cuidador” passou a ocupar um significativo espaço de tempo na vida destes indivíduos. Fruto da maior disponibilidade que passaram a deter, da percepção de que o ritmo de vida das novas famílias se torna cada vez mais exigente e de que a carência económica que muitas vezes acompanha as mesmas é uma realidade; mais do que uma mera estratégia, este novo papel tem vindo a ser cada vez mais evidente nas gerações que agora se reformam. Com efeito, a consciência de que se está a ser útil e de que, simultaneamente, se está a “investir” na própria família, poderão ser aspectos bastante gratificantes para estes indivíduos. Contudo, quando este papel se torna “excessivo” (ex. ter pais acamados por um longo período de tempo nas suas casas; ter de ir buscar os netos à escola ou de dar almoço aos filhos, todos os dias), esta situação poderá tornar-se problemática e originar um sentimento de dependência idêntico ao que detinham quando trabalhavam. Nestas situações, a intervenção junto destes indivíduos e suas famílias torna-se necessária e fará todo o sentido que, no seio das mesmas, se encontrem estratégias de forma a minimizar este constrangimento. Na verdade, ainda que na população portuguesa este sentido de “protecção da família” esteja culturalmente bastante enraizado, o enfermeiro poderá ter um papel bastante importante na mediação deste processo, promovendo, junto dos indivíduos e famílias, a possibilidade de encontrar estratégias que minimizem a ocorrência deste e de outros sentimentos que coloquem em risco a continuidade de uma satisfação de vida que, também neste período, se torna crucial.

QUESTÃO 4

Quais são as fontes de apoio consideradas pelos indivíduos, que perceberam alterações e/ou dificuldades, no período de “entrada na reforma”?

- Para 78,7% dos inquiridos, que perceberam alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”, a família constituiu a principal fonte de apoio ($\chi^2=4,981$; $p=0,029$); tendo o cônjuge (50,3%) e os filhos (38,2%) sido os seus elementos mais referidos.
- Os profissionais de saúde foram os menos apontados como fonte de apoio na “entrada na reforma” pela generalidade dos inquiridos (11,8%) e, entre os que perceberam alterações e/ou dificuldades na vivência deste período, apenas 21,3% ($\chi^2=17,273$; $p<0,001$) a perceberam como tal.

Até ao presente momento parece ter ficado evidente que a “entrada na reforma” constitui um acontecimento de vida que expõe os indivíduos a uma certa vulnerabilidade. Motivada por variadíssimos factores, que poderão decorrer das mais diversas intercorrências a que estão sujeitos nesse período, este fenómeno leva agora a que estes indivíduos reencontrem no sistema familiar o contexto favorável de desenvolvimento, que até à data os acompanhou. Foi a esta conclusão que se chegou neste estudo, quando as evidências empíricas revelaram que a família constituiu a principal fonte de apoio para a generalidade dos inquiridos (71,5%) e, de uma forma muito particular, para aqueles que perceberam alterações e/ou dificuldades após a “entrada na reforma” (78,7%). Com efeito, a família poderá desempenhar um importante papel para estes indivíduos, não só, pelo suporte emocional, físico e económico que habitualmente lhe são conferidos (Alarcão, 2006; Hanson, 2001; Stanhope e Lancaster, 1999) mas, também, porque neste período da vida poderá exercer um efeito promotor do seu equilíbrio nas várias dimensões que o constituem em termos de desenvolvimento (nomeadamente as dimensões biológica, psicológica, social e ecológica). Também, as funções e tarefas que caracterizam as famílias contemporâneas e, de forma particular, as que se encontram numa fase de meia-idade (correspondentes à geração em estudo), de certo modo, puderam ter ajudado no referido apoio.

Contudo, a escassez de investigação nesta área continua a ser evidente e pelos resultados agora obtidos (nesta 1ª fase de estudo), também não foi possível ir muito mais além neste conhecimento. Reconhecendo, porém, que este se poderá revelar de uma extrema importância (no sentido de melhorar os cuidados que, no futuro, venham a ser realizados no âmbito desta intervenção em saúde), na segunda fase deste estudo esta será

uma situação a ser tomada em consideração.

Relativamente ao facto do cônjuge ter sido o elemento da família mais referido como fonte de apoio, vários factores poderão ter estado implicados na origem deste resultado. Um primeiro poderá ter estado relacionado com a exiguidade que o sistema familiar habitualmente apresenta nesta fase do ciclo vital. Muitas das vezes restrito ao subsistema conjugal (razão pela qual se designa habitualmente por “ninho vazio” ou “*empty nest*”), a referida característica poderá ter sido facilitadora de uma maior proximidade entre os seus elementos, daí que o cônjuge tenha sido percebido como uma preferencial fonte de apoio. Um outro motivo que poderá ter indiciado esta preferência poderá ter sido o facto do indivíduo, agora reformado, permanecer a ver no cônjuge o elemento da família com o qual poderá manter uma relação de maior cumplicidade, no sentido de efectuar a exteriorização dos seus problemas e sentimentos. Neste último ponto, será importante salientar que o sucesso desta transição depende agora em grande parte do nível de satisfação e harmonia familiar que neste período se possa viver, principalmente entre o casal (França, 2004) e ainda que a fase da meia-idade possa ser experimentada com alguma conflitualidade conjugal (Alarcão, 2006; Relvas, 2000; Stanhope, 1999), a verdade é que o apoio que desta relação possa retirar-se é determinante para o indivíduo.

Quanto ao facto dos profissionais de saúde terem sido os menos mencionados como fonte de apoio, os resultados foram claros e denunciam o escasso reconhecimento que a estes é atribuído. Com o efeito, se, se tiver em linha de conta que os indivíduos em idade adulta são os que menos frequentam as consultas de vigilância nos centros de saúde e que nos serviços de saúde ocupacional a prioridade de vigilância não é propriamente a de promover uma “entrada na reforma” bem-sucedida, torna-se ainda mais evidente a razão deste resultado. A ser assim, porque a intervenção destes profissionais poderá ser uma mais valia no sentido de promover a saúde dos indivíduos e famílias que vivenciam esta transição, alerta-se para a necessidade destes passarem a focalizar mais a sua atenção para esta problemática, divulgando os cuidados que têm para oferecer e sensibilizando para os benefícios que poderão resultar de um profícuo acompanhamento em saúde durante este período do ciclo vital.

QUESTÃO 5

Que evolução se verifica nos comportamentos e no estado de saúde dos indivíduos, no período de “entrada na reforma”?

Evolução dos Comportamentos em Saúde
<p>Vigilância de saúde: O género feminino revelou um predomínio desta prática, em ambos os momentos em avaliação. Após a “entrada na reforma”, verificou-se uma melhoria deste comportamento em ambos os géneros mas, de forma mais notória no masculino [masculino=86,7% ($\chi^2=17,042$; $p=0,002$); feminino=52,9% ($\chi^2=83,104$; $p<0,001$)];</p>
<p>Regime alimentar: O comportamento alimentar melhorou após a “entrada na reforma”. À excepção da ingestão de sopa (na qual se verificou um decréscimo do consumo), em todas as restantes áreas de avaliação verificou-se uma melhoria significativa [a classificação de “Bom” aumentou nos itens referentes ao “número diário de refeições” (18,2%), à “ingestão diária de legumes e saladas” (9,5%), à “ingestão diária de peças de fruta” (16,5%), à “ingestão diária de copos de água” (7,6%), à “ingestão diária de produtos lácteos” e à “ingestão de bebidas alcoólicas” (-4,1%)]</p>
<p>Exercício físico: A prática de exercício físico melhorou após a “entrada na reforma”. Estatisticamente significativa em ambos os géneros [masculino ($\chi^2=53,254$; $p<0,001$); feminino ($\chi^2=49,000$; $p<0,001$)], essa melhoria foi explícita não apenas, pelo aumento do número de praticantes (masculino aumento de 15,8%; feminino aumento de 22,6%), mas também pelo aumento da frequência de realização (>3 vezes por semana: género masculino aumentou 24,5%, género feminino aumentou 20,9%). A caminhada foi a modalidade mais praticada pelos inquiridos, nos dois momentos em avaliação. Após a “entrada na reforma” verificou-se a iniciação em novas modalidades (ex. pilates, cardiovascular e dança) e o abandono de outras (ex. futebol, por parte do género masculino)</p>
<p>Tabagismo: O comportamento tabágico melhorou após a “entrada na reforma”, mas apenas no género masculino. Essa melhoria ficou a dever-se ao abandono de consumo [masculino ($f=-5,7\%$); feminino ($f=0,0\%$)] e à diminuição do consumo [masculino ($f=15$ casos); feminino ($f=0$ casos)]</p>
<p>Auto-medicação: Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos.</p>
Evolução do Estado de Saúde
<p>Patologia crónica: A incidência de patologia crónica aumentou após a “entrada na reforma” [$f(\text{total})=16$ casos], tendo esse incremento sido mais evidente no género feminino ($f=14$ casos; $p=0,008$), essencialmente ocasionado pelo aumento do diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e de hipertensão arterial. A patologia do foro psiquiátrico foi a de maior incidência após a “entrada na reforma” ($f=8$ casos), tendo esse fenómeno sido mais notório no género masculino [masculino ($f=6$ casos); feminino ($f=2$ casos)]</p>
<p>IMC: Nos momentos em avaliação, verificou-se que mais de metade da amostra apresentou um valor de IMC superior ao da “normalidade” [antes da reforma (78,7%); após a reforma (80,07%)]. Após a “entrada na reforma” verificou-se um aumento em ambos os géneros, tendo esse sido superior no masculino [masculino (média dos postos=123,37; $Z=-12,148$, $p<0,001$); feminino (média dos postos=94,84; $Z=-10,900$, $p<0,001$)]</p>

Evolução dos comportamentos em saúde

De uma forma global, verificou-se que os inquiridos passaram a adoptar um melhor comportamento em saúde, após a “entrada na reforma”. A maior frequência de consultas de vigilância de saúde, a adopção de práticas mais saudáveis em termos de regime alimentar, o aumento da realização de exercício físico e o decréscimo do consumo tabágico foram ilustrativos deste facto e, de certa forma, vieram revelar que este acontecimento de vida poderá ter exercido um efeito promotor da sua saúde.

Ainda assim, foi possível verificar que existiriam algumas diferenças de comportamento entre os géneros e a análise das mesmas poderá vir constituir uma importante fonte de informação, de forma a adequar as estratégias de uma futura intervenção nesta área.

Relativamente à vigilância de saúde, considerando que por característica própria a mulher é, em si mesmo, uma “utilizadora” mais frequente dos serviços de saúde (Stanhope e Lancaster, 1999), e que sendo a função “cuidar da saúde” uma das que habitualmente lhe é atribuída em termos familiares (Hanson, 2005; Wright e Leahey, 2005), a supremacia desta prática relevada pelo género feminino, em ambos os momentos em avaliação, não terá constituído surpresa. O mesmo já não se poderá afirmar relativamente ao facto dos indivíduos do género masculino terem passado a realizar com maior frequência estas consultas, uma vez que a sua elevada auto-percepção de saúde os leva a evitar a procura destes serviços (Vintém, 2008). Esta mudança de comportamento poderá ter sido resultante de variadíssimos factores e estes, de certa forma, poderão ter estado relacionados com o contexto e estadio de desenvolvimento que, agora, vivenciam. A maior disponibilidade de tempo para o auto-cuidado, a consciência de se estar a viver uma fase mais avançada do seu processo de envelhecimento (Fonseca, 2004b) e a acrescida probabilidade de uma maior manifestação de sintomatologia, decorrente da fase do envelhecimento que experimentavam (Veríssimo, 2008), poderão ter sido alguns determinantes desta maior procura. Estes resultados vieram corroborar a ideia de Kippenbrock (1996: 618) quando disse que *“os homens têm tendência a evitar procurar cuidados médicos, o máximo tempo possível, o que os leva a sérios problemas de saúde”*. Neste sentido, será necessário intervir antecipadamente neste grupo populacional, sensibilizando-o para os benefícios em saúde que poderão resultar de uma frequência mais precoce e regular das consultas de vigilância de saúde.

Quanto à evolução do regime alimentar, ainda que se tenha verificado uma melhoria global deste comportamento, foi possível constatar alguma diferenciação de práticas entre os géneros (no género masculino foi mais evidente o aumento do número de refeições e a maior ingestão de produtos lácteos, enquanto no género feminino verificou-se um aumento do consumo de sopa, de saladas e de legumes). Numa primeira análise, a referida melhoria poderá ter estado relacionada com a maior disponibilidade que passaram a deter para efectuar uma alimentação mais regrada ou pela maior consciencialização de que, de práticas mais ajustadas nesta área, poderiam resultar melhores efeitos para o seu estado

de saúde (por ex.: No caso de ter sido diagnosticada diabetes *mellitus*, o facto de passar a efectuar um maior fraccionamento alimentar).

Mas a variação observada em alguns comportamentos fez notar que a questão do género poderá ter, mesmo, feito essa diferença. Analise-se, então, a diferenciação que se observou em termos de consumo de bebidas alcoólicas. Ainda que os padrões do referido comportamento se estejam a modificar [ex. o consumo efectuado pelas jovens está a igualar-se ao do género oposto (World Drink Trends, 2006)], na geração em estudo este consumo foi sempre protagonizado pelo género masculino e, tal como ainda hoje, mais frequentemente em contextos sociais. Os resultados obtidos no presente estudo identificaram-se claramente com esta descrição quando se verificou que o género masculino foi o que revelou um maior consumo antes da “entrada na reforma” e que, apesar de permanecer mais consumidor, foi o que diminuiu este consumo no referido acontecimento de vida. A razão desta maior mudança de comportamento, verificada no género masculino, muito provavelmente terá estado relacionada com o afastamento social a que estiveram sujeitos estes indivíduos. Com a diminuição das situações de oportunidade deste consumo, a “entrada na reforma” poderá ter exercido um efeito promotor na saúde física destes indivíduos. Mas, ainda que tal mudança tenha exercido efeitos positivos em termos de saúde física, o referido afastamento social poderá ter ocasionado a percepção de isolamento e solidão cujo efeito poderá ter colocado em causa outras dimensões do seu estado. Com esta afirmação não se pretende de todo afirmar que deveriam manter tal comportamento. Contudo, uma vez mais se alerta para a necessidade de sensibilizar a população para a adopção de um consumo moderado destes produtos e para a ideia de que se pode conviver em sociedade sem se ter de adoptar, necessariamente, este comportamento.

A prática de exercício físico foi outro dos comportamentos de saúde no qual a amostra passou a demonstrar significativas melhorias. A mudança de atitude verificada nesta faixa etária veio revelar que, se no passado, a realização de exercício físico era habitualmente reservada para as gerações mais novas e em grande parte ao contexto escolar, nos anos mais recentes a adopção deste comportamento começa a generalizar-se em todas as faixas etárias, daí resultando significativos ganhos em saúde pública (Veríssimo, 2008).

As evidências empíricas deste estudo confirmaram esta mudança e, pelos resultados obtidos, não só foi possível verificar que os indivíduos desta faixa etária se demonstraram mais determinados a aderir a este comportamento, como também se revelaram mais dispostos a experimentar novas modalidades, que nesta área se pudessem oferecer (ex. a iniciação em pilates, cardiovascular e dança que alguns inquiridos efectuaram). No entanto, foi curioso ter-se constatado que a opção por determinadas modalidades se alterou após a “entrada na reforma” e um exemplo ilustrativo deste fenómeno foi o abandono da prática de futebol verificado no género masculino, levando a supor que a existência de um certo afastamento dos grupos sociais de pertença, poderá ter exercido alguma influência nesta mudança.

Um outro resultado encontrado, cuja análise remete para alguma reflexão, foi a elevada adesão demonstrada pela amostra relativamente à prática de caminhada. Tratando-se, à primeira vista, de uma solução fácil, agradável e economicamente acessível de realização de exercício físico, esta adesão não terá constituído surpresa e, simultaneamente, parece ter revelado a existência de uma maior consciencialização relativamente aos benefícios que desta prática poderiam advir. Ainda assim, será importante fazer notar que tal como nas outras formas de exercício, também nesta se torna necessário efectuar um correcto acompanhamento da sua prática. Faz-se esta afirmação porque, ainda que pareça inócua, também da sua inadequada prática poderão resultar efeitos indesejados para o estado de saúde e no sentido de os prevenir, será necessário tomar algumas precauções. Na verdade, sendo nesta faixa etária bastante elevada a probabilidade de efectuar uma fractura (originada por situações de osteoporose que, na prática desta modalidade poderá ser agravada pelo uso de calçado desajustado e/ou pela utilização de percursos pedonais inadequados), de suceder um quadro de hipoglicemia aguda (originada por um esforço intenso sem reposição de calorias, que algumas vezes se faz acompanhar pelo diagnóstico de diabetes que é frequente nesta faixa etária), de acidentes vasculares (originada por uma subida de pressão arterial que muitas das vezes se faz acompanhar de processo de dislipidemia já latentes) ou de ocorrerem outros problemas, esta prática poderá conduzir a uma situação que poderá expor os indivíduos a um elevado risco de alteração do seu estado de saúde, sem que nunca tenham sido alertados para tal. Neste sentido, será importante que os profissionais de saúde não se cinjam apenas a aconselhar a prática de exercício físico, mas que tenham igualmente em linha de conta a existência de alguns factores controversos à sua prática, para os quais também estes indivíduos deverão ser alertados.

Desta forma, fornecer indicações adequadas a cada modalidade e específicas ao estado de estado de saúde individual (Veríssimo, 2008), poderão ser também algumas medidas promotoras de saúde, sendo necessária uma maior colaboração interdisciplinar que até ao momento tem sido praticamente inexistente (ex. contributos oriundos da área do desporto e motricidade humana).

No que diz respeito ao consumo tabágico e ainda que este seja considerado como um dos comportamentos que maior resistência oferece em termos de mudança (Bennett e Murphy, 1999; Carvalho, 2003), também após a “entrada na reforma” se verificou uma significativa melhoria desta prática. Atendendo aos determinantes que habitualmente se encontram subjacentes à adopção deste comportamento, tal situação poderá ter sido ocasionada pela diminuição do stress laboral, pela menor frequência de contextos indutores deste consumo (ex. grupos de convívio social) ou pela maior percepção de envelhecimento, que tivesse levado estes indivíduos a tomar mais cuidado com o seu estado de saúde.

O mesmo já não se poderá dizer relativamente à diferenciação que, em análogas circunstâncias, se verificou entre os géneros. O facto das evidências empíricas terem revelado que no género masculino se verificou uma mudança mais significativa neste comportamento (tanto, pela diminuição da quantidade de consumo como, também, pelo abandono que alguns destes indivíduos passaram a adoptar em relação a esta prática); fez notar que a prevalência que este consumo assume no género feminino poderá estar associada a outros factores.

O conhecimento destes e de outros fenómenos ligados à persistência deste tipo de consumo nesta faixa etária poderá, então, contribuir para o sucesso de intervenções realizadas no âmbito da desabituação tabágica. Mas, mais importante do que isso, poderá fazer com que a referida prevalência decresça num período de envelhecimento, cujo efeito o poderá comprometer. No sentido de minimizar esta ocorrência, alerta-se então para a necessidade de aprofundar a investigação nesta área.

Relativamente à evolução do estado de saúde e mais concretamente no que diz respeito à evolução do diagnóstico de doença crónica, a maior incidência verificada após a “entrada na reforma” poderá ter estado relacionada com o simples facto de ter aumentado a frequência de consultas de vigilância de saúde. Na verdade, muito provavelmente alguns dos inquiridos já seriam portadores de patologia e só quando passaram a efectuar exames complementares de diagnóstico, tomaram consciência do seu real estado de saúde. Quando se realiza esta afirmação está-se a reportar, de uma forma particular, à incidência de diabetes *mellitus* e de hipertensão, cuja incidência é frequente na meia-idade e cuja manifestação se poderá manter silenciosa por algum período de tempo (Veríssimo, 2008).

Quanto aos valores do índice de massa corporal, os resultados vieram uma vez mais corroborar a tendência de obesidade que persiste nesta faixa etária (Bennett e Murphy, 1999; Veríssimo, 2008). A adopção de comportamentos e de estilos de vida menos saudáveis, frequentemente observados na idade adulta (ex. erros alimentares e sedentarismo), poderão ter sido fomentadores desta situação. Quanto ao facto destes valores terem aumentado após a “entrada na reforma”, mesmo tendo passado a adoptar melhores práticas em saúde (ex. melhores práticas alimentares, mais exercício físico), este dado veio dar corpo à ideia de que, para resultarem, as práticas de saúde devem ser adoptadas o mais precocemente possível. Mas não só, também a mudança de ritmo de vida, que passaram a deter, terá exercido influência neste domínio.

Decorrente da análise anterior, duas ideias *major* emergiram:

- Uma primeira reportou-se ao facto dos resultados deste estudo não se terem revisto numa perspectiva de que a “entrada na reforma” constitui um acontecimento de vida passível de provocar um impacte negativo na saúde física dos indivíduos. Pelo contrário, num período subsequente a esta vivência: pela libertação do cansaço e da pressão que o exercício profissional lhes poderia causar, pela maior disponibilidade de tempo para o auto-cuidado e/ou pela maior consciencialização da fase de desenvolvimento em que se encontram: o que se verificou, na realidade, foi que os inquiridos passaram a adoptar comportamentos mais ajustados em termos de práticas de saúde.

- Uma segunda reporta-se ao facto de que, embora se tenha verificado uma significativa melhoria dos referidos comportamentos, o estado de saúde física dos mesmos piorou. Tal evidência coloca em relevo o facto dos anteriores resultados não terem estado propriamente ligados ao fenómeno de transição em estudo (“entrada na reforma”) mas, sim, ao processo de envelhecimento físico que inevitavelmente acompanha o desenvolvimento humano.

Contudo, a evolução do estado de saúde no período da “entrada na reforma” não se poderá cingir a uma mera avaliação de dados comportamentais e/ou biofisiológicos. Considerando que o referido acontecimento de vida se traduz num processo de transição que se faz manifestar nas várias dimensões do seu desenvolvimento e que estes, por sua vez, se encontram em contínua interação com o ambiente que os envolve, reconhece-se que um profícuo conhecimento neste domínio deverá contemplar não apenas estes indivíduos (protagonistas), mas também os sistemas com os quais mais directamente estabeleceu a referida interacção.

Na verdade, conforme defendem diversos autores e de acordo com os resultados deste estudo, enquanto principal sistema de referência para o desenvolvimento humano, também a família poderá afectar e ser afectada por esta vivência. Será, então, com base nesta permissa que se passa para a realização da 2ª fase desta investigação.

2ª FASE

Vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias no período de “entrada na reforma”

1. METODOLOGIA

1.1. TIPO DE ESTUDO

O recurso aos métodos qualitativos constitui a base metodológica da 2ª fase deste estudo. Esta opção é fundamentada no reconhecimento destes serem os mais adequados, senão mesmo os únicos, capazes de obter o conhecimento das vivências e significados a estas atribuídos pelos indivíduos, relativamente à experiência de determinados acontecimentos de vida. Baseado nos anteriores pressupostos e pretendendo conhecer a forma como os indivíduos e suas famílias vivenciaram o acontecimento de vida desencadeado pela “entrada na reforma”, recorreu-se ao *interaccionismo simbólico*, como referencial teórico, e à *investigação narrativa*, como método de análise sistemática da informação recolhida.

Referencial teórico

O *interaccionismo simbólico* permite obter o conhecimento da forma como os indivíduos definem e agem perante uma determinada situação, de acordo com os significados que são construídos no contexto em que emerge a interacção sistémica (Charon, 2009; Denham, 2003). Com base nesta premissa, os principais pressupostos desta teoria baseiam-se num processo de interacção no qual os indivíduos são activos e aprendem a dar “significado” às coisas e aos símbolos, valorizando-os em função das suas experiências (*idem*).

O “significado” é efectivamente o conceito central desta teoria e é através dele que é dado a conhecer toda a origem e razão do comportamento humano [Blumer (1969, 2002); Charon, 2009]. Mas, pela atribuição que fazem aos símbolos, também estes influenciam de forma decisória os “significados” e, porque tudo o que nos rodeia é simbólico (Charon, 2009); os “significados” não se podem dissociar da simbologia que envolve todos os processos de interacção. Depreende-se, então, que a simbologia possibilita perceber os processos dinâmicos que estão presentes nas relações entre o sujeito e os elementos de interacção – ambiente, pessoa, contexto (Blumer, 2002; Denham, 2003; Charon, 2009) – e a razão pela qual se denomina este referencial onto-epistemológico por interaccionismo simbólico (Referência 5).

Referência 5 – Interaccionismo Simbólico

George Herbert Mead foi o mentor do interaccionismo quando, no final do século XIX, influenciado pelo pragmatismo filosófico e pelas correntes do behaviorismo, teorizou pela primeira vez o comportamento humano. Na sua perspectiva, este comportamento constituía uma acção social, concebida não apenas por uma face exterior (observável), mas também por uma face interior (oculta) que se encontrava implícita na acção.

Convicto que era necessário atribuir um carácter teórico-metodológico que conferisse sustentabilidade empírica a esta perspectiva, Herbert Blumer, no ano de 1937, compilou todos os escritos de Mead e designou esta teoria por **Interaccionismo Simbólico**. Segundo Blumer (1969:2002), esta baseia-se na análise dos significados e assenta nas seguintes premissas:

- i) os seres humanos agem em relação às coisas, tomando por base o significado que as coisas tem para ele;
- ii) o significado dessas coisas surge, grande parte das vezes, da interacção social que a pessoa tem com seus iguais;
- iii) esses significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ele encontra.

Fundamentado nas anteriores, o Interaccionismo Simbólico permite o desenvolvimento de um esquema analítico da sociedade e das condutas humanas, no qual são envolvidas ideias básicas relacionadas com os grupos humanos ou sociedades, a interacção social, os objectos, o ser humano como actor, a acção humana e as interconexões das linhas de acção. Esta teoria desenvolve ainda uma micro-análise por estudar as interacções inter individuais, a negociação individual e a reacção do outro, levando às actividades interpretativas, determinadas pela situação e interacção das pessoas.

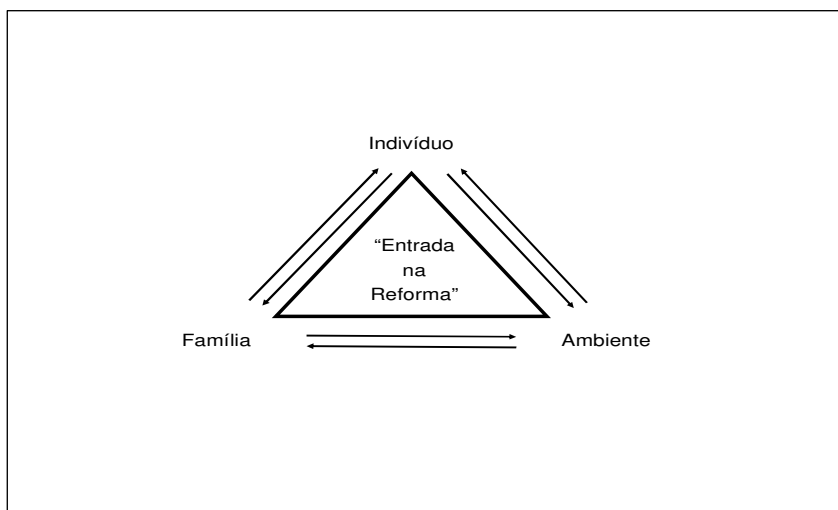
Na utilização desta perspectiva teórica torna-se necessário compreender alguns conceitos inerentes ao processo de interacção, tais como: o *self*, a mente, as coisas, os símbolos, a linguagem, a sociedade, a auto-interacção, a acção humana e a actividade de grupo.

A natureza do próprio ser humano concebe o **self** através da interacção com os significados do outro na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direcção e manipulação da própria vida. Na perspectiva de Blumer (1969:2002), este é formado pelo “eu” e pelo “mim”. O “eu” constitui a resposta para as atitudes do outro (o lado impulsivo, espontâneo e que não age porque interage simbolicamente com si próprio) e o “mim” é a organização das atitudes e é o outro generalizado (composto de padrões organizados, consistentes, compartilhados com outros). A **mente** é a acção simbólica para o *self* e surge da interacção com outros, dependendo de ambos os *selves* e símbolos. As **coisas** incluem o que o ser humano pode observar em seu mundo físico e, conforme o significado que essas coisas têm para si, as suas acções são dirigidas a essas coisas, tomado como base o significado das mesmas. Os **símbolos** são o que vemos e como interpretamos e, como o nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica. Através da interacção simbólica atribuímos então os significados e desenvolvemos a realidade em que agimos. A **linguagem** é composta por instrumentos usados pelos indivíduos para ordenar a experiência. É empregada para discriminar, generalizar e fazer sempre a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem e esta, por sua vez, modela o comportamento. A **sociedade** é definida como sendo constituída de indivíduos que interagem uns com os outros e as suas actividades ocorrem como resposta de um para o outro, ou em relação ao outro. O significado surge da interacção de duas pessoas, ou seja; o significado que uma coisa tem para uma pessoa cresce da forma pela qual as outras pessoas agem em relação a ele, em relação a essa coisa. Nesta perspectiva, o processo interpretativo decorre do contexto da interacção social e sempre que a pessoa escolhe, procura, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação

como um processo formativo; os significados são usados e revistos como um instrumento para as directrizes da acção. A **auto-interacção** emerge da interacção social e ocorre sempre que se auto-definem. Tal acontece quando a pessoa se vê pelo lado de fora, colocando-se na posição do outro vendo-se ou agindo em relação a si nessa mesma posição. A **acção humana** é vista como um resultado formado da auto-interacção e é construída pelas indicações que a pessoa faz a si mesmo e pela interpretação do que indica para agir. A **actividade de grupo** baseia-se no comportamento cooperativo que surge, através de cada pessoa, em tentar perceber a intenção dos outros e em construir a sua resposta baseada naquela intenção. Nesta ordem de ideias, o comportamento não é uma resposta directa às intenções dos outros, mas antes aquela que é transmitida através de gestos tornados simbólicos e passíveis de interpretação.

Diversos autores têm considerado o interaccionismo simbólico como um dos referenciais teóricos qualitativos mais proficientes para avaliar comportamentos em saúde (Ângelo, 2009; Carvalho *et al*, 2007; Lopes e Jorge, 2004). Também, no presente estudo, pareceu ser este o referencial mais apropriado para perceber como os indivíduos e as famílias definiram e agiram, de acordo com os significados que construíram e que foram emergindo da interacção sistémica que se estabeleceu no referido contexto (Figura 11).

Figura 11 – Contexto de emergência da interacção simbólica ocorrida entre o indivíduo, a família e o meio, durante a vivência da “entrada na reforma”.



Á luz do interaccionismo simbólico, faz-se ainda saber que na base da interpretação desses mesmos significados estarão todos os conceitos inerentes ao processo de interacção, como sejam: o *self*, a mente, as coisas, os símbolos, a linguagem, a sociedade, a auto-interacção, a acção humana e a actividade de grupo.

Referencial metodológico

A “entrada na reforma” é uma experiência de transição que ocorre em determinado tempo da vida dos indivíduos e que, dependendo das características que envolvem este processo (ex. tempo de decorrência, motivo, apoio da rede social, etc.), poder-se-á traduzir em diferentes significados, tanto para o indivíduo que é protagonista como para a família, de que é elemento. Quando no presente estudo se propôs estudar este domínio do conhecimento, considerou-se que a *investigação narrativa* (Referência 6) seria a metodologia mais apropriada, dado que o seu emprego permite reconstruir os elementos significativos que poderão ter emergido da experiência de interação ocorrida entre os referidos intervenientes, durante esse mesmo período.

Referência 6 – Investigação Narrativa

A *investigação narrativa* é uma metodologia, de cariz qualitativa, utilizada no estudo de epifanias, rituais, rotinas, metáforas e de experiências quotidianas. As fontes a que habitualmente recorre poderão ser as mais diversas (ex. biografias, narrativas pessoais, etnobiografias, autobiografias, memórias populares, entrevistas narrativas, ...). Todas elas, porém, baseiam-se no princípio de que todos os indivíduos têm histórias de vida para contar e que essas mesmas histórias poderão ser expressas através de uma narrativa (Clandinin e Connelly, 2000; Yin, 2005).

Uma *narrativa* constitui a apresentação simbólica de uma sequência de acontecimentos ligados entre si, por um determinado assunto e relacionados pelo tempo (Clandinin e Connelly, 2000). Constitui, igualmente, um relato das percepções que os indivíduos detêm sobre os acontecimentos que decorreram em determinado período da sua vida, sendo esta sempre efectuada num tempo posterior à sua vivência (Denzin, 2000; Holloway e Freshwater, 2007; Yin, 2005; Richard e Morse, 2007). Baseando-se nestes pressupostos, a investigação narrativa tem por objectivo extrair os *significados* que indivíduos atribuíram às suas vivências anteriores e, em resultado da sua análise, ajuda o investigador a compreender as razões e os motivos que estiveram na origem da interação que se estabeleceu com eles e os demais sistemas envolventes, em determinados momentos das suas vidas (Denzin, 2000; Holloway e Freshwater, 2007; Richard e Morse, 2007). As narrativas podem ser obtidas a partir de entrevistas efectuadas a um indivíduo ou a um conjunto de indivíduos que com ele tenham vivenciado um mesmo acontecimento de vida (Holloway e Freshwater, 2007). Os indivíduos integrantes deste tipo de investigação são habitualmente seleccionados por conveniência (de acordo com o domínio e o objectivo de estudo) e o número de participantes é variável (dependendo a informação contida em cada narrativa e mediante a saturação de dados, que o investigador vá obtendo) (Richard e Morse, 2007).

Quanto ao processo metodológico, numa primeira fase o investigador solicita aos participantes que lhe contem as suas vivências. As narrativas resultantes são analisadas dentro e através de indivíduos e, em momento subsequente, são recontadas ou “rehistoriadas” pelo investigador (sendo o objectivo principal desta acção, ouvir e questionar os participantes relativamente a dúvidas de discurso ocorridas).

Numa segunda fase, após a análise efectuada fora do contexto, o investigador reconta essas mesmas narrativas na presença dos participantes, como se de uma meta-narrativa se tratasse.

Numa fase posterior, o investigador passa a efectuar uma análise das narrativas de *per si* e, de acordo com alguns dos autores consultados [Liebliche, Tuval-Mashiahch e Tamar (1998); Holloway e Freshwater (2007); Richard e Morse (2007)], a leitura, interpretação e a análise das mesmas pode ser efectuada mediante duas dimensões independentes:

- i) Quanto à unidade de análise – isto é, poderá ter em linha de conta a história narrada como um todo a ser analisado de forma holística ou poderá fazer uma análise por categorias, em unidades menores previamente estabelecidas pelo investigador;
- ii) Quanto ao que é valorizado na análise – neste caso, quanto ao conteúdo (na qual as temáticas são o foco principal) ou quanto à forma (na qual se valoriza a estrutura).

No presente estudo, foram tomadas as seguintes opções metodológicas:

- Unidades de análise – atendendo ao facto da “entrada na reforma” constituir um período de transição que se faz manifestar ao longo de um período de vida dos indivíduos e famílias, cuja análise se deverá efectuar em função de perspectivas referentes ao passado, ao presente e ao futuro, serão tomadas como unidades de análise: o período que antecedeu a “entrada na reforma” (*O Antes*), o período que precedeu a “entrada na reforma” (*O Pós*), e a expectativa futura (*O Futuro*);
- Conteúdo – atendendo ao facto de se pretender conhecer a percepção que os indivíduos e as famílias atribuíram à forma como vivenciaram o período de transição ocasionado pela “entrada na reforma”, o procedimento de análise será efectuado mediante a extracção dos significados atribuídos, pelos próprios, à interacção que se estabeleceu entre eles, durante a referida vivência.

1.2. OBJECTIVO E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Por forma a obter um conhecimento mais aprofundado sobre aquela que foi a vivência que os indivíduos e as suas famílias perceberam durante a “entrada na reforma” e, mais especificamente, no sentido de identificar estratégias de intervenção de enfermagem conducentes ao desenvolvimento de uma acção promotora da saúde nesta transição, o objectivo geral desta segunda fase de investigação foi o seguinte:

Compreender as vivências dos indivíduos e suas famílias, no período de “entrada na reforma”.

Com base neste objectivo e numa tentativa de conhecer os processos adaptativos a que estes indivíduos e famílias estiveram sujeitos durante a referida transição, sob um ponto de vista da sua própria interpretação dos factos experimentados, a questão que norteou esta fase de estudo foi:

Como é que os indivíduos e as suas famílias percebem a vivencia de transição, originada pela “entrada na reforma”?

1.3 SELECÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nesta 2ª fase de investigação, foram considerados alvo de estudo:

Todos os indivíduos inquiridos na primeira fase do estudo que tivessem percebido alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” (n=136 indivíduos) e, ainda, todos os elementos integrantes dos seus agregados familiares, que com eles coabitassem no referido período.

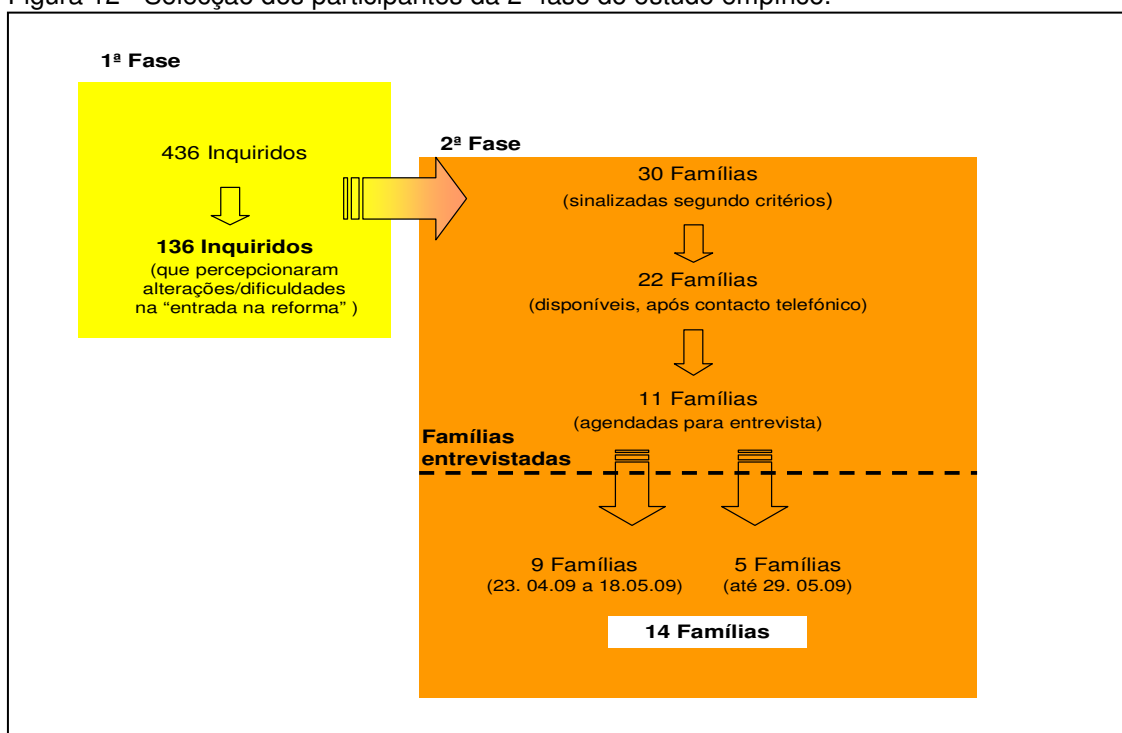
Na impossibilidade de estudar todos os referidos elementos, num primeiro momento foram sinalizadas 30 (trinta) famílias, cujo processo de selecção obedeceu aos seguintes critérios:

- consentimento dado para participar na 2ª fase do estudo, mencionado pelo indivíduo reformado por ocasião do preenchimento do instrumento de colheita de dados aplicado na 1ª fase deste estudo;
- informação fornecida pelo(a) enfermeiro(a) de família, no sentido de averiguar o grau de funcionalidade familiar, fazendo alvo deste estudo apenas aquelas que se reconhecessem como sendo funcionais.

Num segundo momento, após prévio contacto telefónico com os inquiridos seleccionados, o número de famílias que se demonstrou disponível para realizar entrevista reduziu-se para 22 (vinte e duas). Num posterior contacto, efectuado para agendar esse mesmo procedimento (no domicílio e/ou no centro de saúde em que se encontravam inscritas), por diversos motivos apresentados esse número reduziu-se para 11 (onze).

Entre os dias 23 de Abril e 18 de Maio de 2009 foram entrevistadas 9 (nove), das referidas famílias. Numa fase posterior e com o objectivo de saturar os dados obtidos na análise efectuada às narrativas, até à data conseguidas, foram agendadas e realizadas mais 5 (cinco) entrevistas; perfazendo um total de 14 (catorze) famílias entrevistadas (Figura 12).

Figura 12 - Selecção dos participantes da 2ª fase do estudo empírico.



Relativamente às famílias seleccionadas, faz-se saber ainda que foram tomados como critérios da inclusão:

- Incluírem pelo menos um elemento reformado, há menos de 5 anos;
- Terem vivenciado o período de "entrada na reforma" com o referido elemento, em situação de coabitação;
- Terem manifestado voluntariamente o seu consentimento de participação, após informação e esclarecimento dos objectivos do estudo.

Foram excluídos do estudo:

- Todos os elementos que, ainda que constituintes da família, não tivessem coabitado com o indivíduo identificado no período da sua vivência de "entrada na reforma";
- Todos os elementos, seus constituintes, que apresentassem uma idade inferior a 18 anos;
- Todos os elementos, seus constituintes, que não apresentassem faculdades psíquicas para integrar o estudo (ex. demência, doença de alzheimer).
- Todos os elementos das famílias que apresentassem um valor de APGAR inferior a 4.

1.4. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Guião de Entrevista

No intuito de conhecer o significado que a família atribuiu ao acontecimento de vida “entrada na reforma”, mais especificamente de forma a compreender como esta percepcionou e se organizou em função deste mesmo acontecimento, recorreu-se ao uso de um guião de entrevista semi-estruturada (Anexo 3). A opção por este método teve por base as múltiplas vantagens que provêm da sua utilização. Contudo, aquela que se considerou mais relevante para este contexto de investigação foi o facto de permitir a obtenção de uma maior amplitude de visão sobre os fenómenos a estudar (Bardin, 2008; Clandinin e Connelly, 2000), nomeadamente; aceder a dados descritivos das experiências reveladas pela linguagem própria dos indivíduos que vivenciaram o processo de transição, ocasionado pela “entrada na reforma”.

Com base nas anteriores premissas, a questão orientadora deste procedimento foi:

- *Como vivenciaram o período de “entrada na reforma”?*

De forma a assegurar que, das narrativas das famílias em estudo, se pudesse extrair o conhecimento de como tinham vivenciado o período que antecedeu a “entrada na reforma” (*O Antes*), de como tinham passado a vivenciar o período após a “entrada na reforma” (*O Após*) e de como perspectivavam a sua vivência no futuro (*O Futuro*); foram ainda tomadas como estruturais, as seguintes questões:

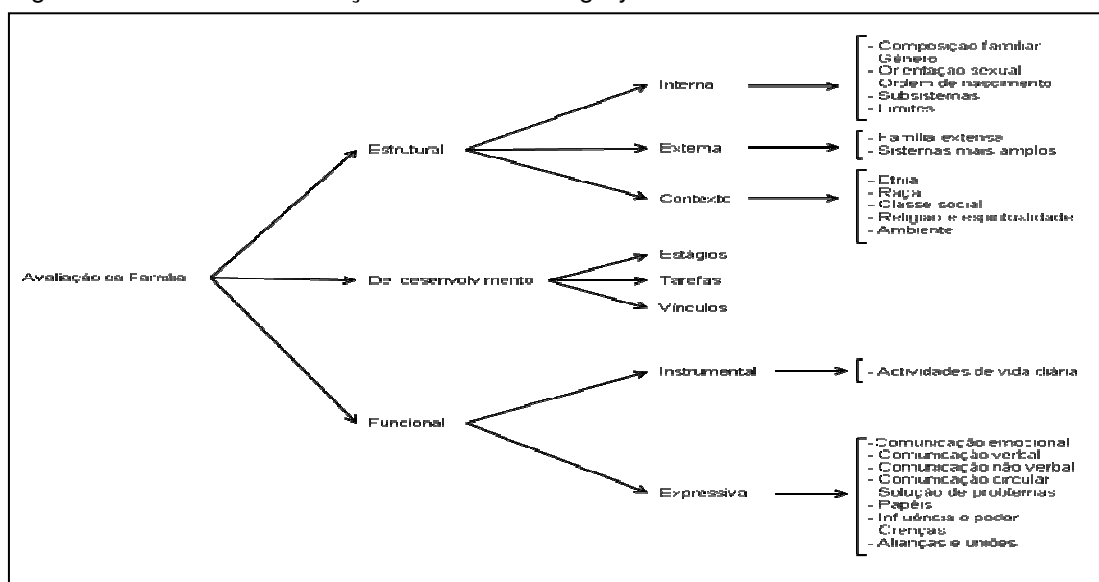
- *O que é que significava para si o “trabalho”?* (especificamente dirigida ao indivíduo que protagonizou o fenómeno em estudo, esta questão teve por objectivo: constituir o mote do assunto a desenvolver durante a entrevista);
- *Como perspectivaram a “entrada na reforma”?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo: conhecer a vivência que detinham antes do seu familiar “entrar na reforma”);

- *Como passou a ser a vossa vida após a “entrada na reforma”?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo conhecer a vivência que passaram a deter após o seu familiar ter “entrado na reforma”);
- *Como perspectivam a vossa vida no futuro?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo conhecer a perspectiva que detinham relativamente ao futuro da vivência familiar).

Instrumentos de avaliação familiar

A caracterização das famílias participantes foi efectuada com base no *Modelo de Avaliação Familiar de Calgary* (Wright e Leahey, 2005), segundo o qual o sistema familiar pode ser caracterizado em três categorias principais de avaliação (estrutural, de desenvolvimento e funcional), as quais, por sua vez, se dividem em várias subcategorias (Figura 13).

Figura 13 - Modelo de Avaliação Familiar de Calgary



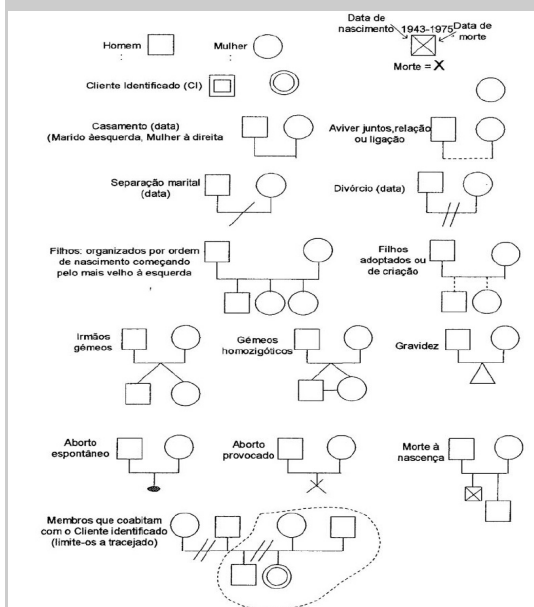
Fonte: Wright e Leahey (2005).

Por não ter sido objectivo deste estudo efectuar uma caracterização exaustiva das famílias participantes, foram unicamente utilizadas as subcategorias que se consideraram necessárias para obter um conhecimento geral da forma como as mesmas eram constituídas e se relacionavam entre os seus membros. Esta tomada de decisão foi baseada no facto de não se pretender efectuar uma abordagem demasiadamente efusiva nos contactos que se estabeleceram com as mesmas e teve igualmente sustentação no discurso das autoras do modelo, quando proferiram: *“It is important for each nurse to decide which subcategories are relevant and appropriated to explore and assess whit each family at each point in time. That is, not all subcategories need to be assed at the first meeting with family, and some subcategories need never be assessed. If the nurse and family discuss too few subcategories, each may have a distorted view of family’s strengths or problems and the family situation”* (Wright e Leahey, 2005:57).

Com base nesta perspectiva e o sentido de conhecer as principais características das famílias participantes, optou-se por uma realização sumária do *Genograma* (Referência 7), do *Ecomapa* (Referência 8), pela avaliação do índice de *APGAR familiar* (Referência 9) e pela avaliação do Nível Socioeconómico (NSE), cuja determinação teve por base o valor médio encontrado na escala de Fonseca (2004a), já utilizada na 1ª Fase deste estudo (Figura 4).

Referência 7 – Genograma

Este instrumento foi inicialmente desenvolvido por geneticistas e transposto para a prática clínica por McGoldrick e Gerson (1985). A sua representação gráfica permite obter uma rápida informação acerca da família em termos da sua composição, descendência, datas significativas (ex. nascimento, falecimento, casamento), ligação entre os seus elementos e outros dados relevantes para a avaliação em saúde.



Referência 8 – Ecomapa

Apresentado por Holman (1983), este instrumento representa de forma gráfica as ligações da família às pessoas e estruturas sociais do meio envolvente, identificando os padrões organizacionais da família e a natureza das suas relações com o meio, mostrando o equilíbrio entre as suas necessidades e os seus recursos. A relação estabelecida entre os intervenientes é efectuada por intermédio de linhas, linhas essas, que adoptam uma simbologia específica consoante o tipo de relação que é estabelecida.

SIMBOLOGIA	TIPO DE RELAÇÃO
≡	Forte
-----	Ténue
-!-!-	Causador de stress
← →	Fluxo de energia
WWW	Conflituosa
|||	Afastamento ou ruptura
≡ WWW	Unida e conflituosa

Referência 9 – APGAR Familiar

Desenvolvido por Smilkstein (1978), o APGAR familiar é definido como sendo um teste que permite quantificar a percepção de satisfação que o indivíduo apresenta relativamente à sua família ou das pessoas com quem habitualmente vive. Consta de cinco afirmações que correspondem aos cinco parâmetros da funcionalidade familiar a avaliar [adaptação intrafamiliar (*Adaptation*), convivência/comunicação (*Partnership*), crescimento/desenvolvimento (*Growth*), afecto (*Affection*) e determinação ou resolubilidade familiar (*Resolve*)], que são:

- 1 – *Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, quando alguma coisa me preocupa.*
- 2 – *Estou satisfeito com a maneira como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha a solução dos problemas.*
- 3 – *Considero que a minha família aceita a minha vontade de começar novas coisas ou de modificar o meu estilo de vida.*
- 4 – *Estou satisfeito com a maneira como a minha família expressa o seu afecto ou reage aos meus sentimentos (sejam eles de irritação, de pesar ou de amor).*
- 5 – *Estou satisfeito com a maioria do tempo que passo com a sua família.*

O indivíduo responde às referidas afirmações por meio de uma escala de *likert*, que varia entre *Quase nunca* e *Quase sempre*, numa correspondência: “Quase sempre”-2 pontos, “Algumas vezes”-1 ponto, “Quase nunca”-0 pontos. O resultado final é obtido pelo somatório das pontuações atribuídas a cada pergunta, num *score* que pode ir de 0 a 10 pontos, correspondendo à seguinte classificação: 0 a 3 pontos - Disfunção familiar, 4 a 6 pontos - Moderada função familiar, 7 a 10 pontos - Elevada função familiar

1.5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS DE RECOLHA DE DADOS

Salvaguardando os princípios éticos e deontológicos do processo de investigação e do exercício da prática clínica, foram adoptados diversos procedimentos que se fizeram direccionar para as instituições, profissionais de saúde e, de uma forma muito particular, para os indivíduos e famílias que constituíram alvo deste estudo.

Instituições de saúde

No dia 20 de Abril de 2009, através de um pedido formal dirigido por escrito à sua coordenadora (Anexo 4), foi solicitada a colaboração da USF Beira Ria (Centro de Saúde de Ílhavo). Tendo sido deferido, procedeu-se ao estabelecimento dos contactos com os restantes colaboradores e participantes no estudo.

Profissionais de saúde

No dia 22 de Abril de 2009, após obtenção do referido deferimento, foi realizada uma reunião com as equipas de saúde familiar (médicos e enfermeiros) da referida instituição. Esta teve por finalidades: apresentar os objectivos gerais da investigação em curso, descrever os procedimentos que se pretendia vir a realizar com algumas das famílias que se encontravam inscritas nos seus ficheiros e, de uma forma mais específica, solicitar a colaboração dos enfermeiros no desenvolvimento desta 2ª fase de investigação. Relativamente a esta última, foi-lhes solicitado que:

- sinalizassem as famílias que apresentavam as características de inclusão preconizadas para a referida fase do estudo (sendo que, essa tarefa foi realizada com base na listagem dos indivíduos identificados na 1ª fase do estudo, previamente facultada pelo investigador);
- acompanhassem o investigador em todos os contactos estabelecidos com a família (tendo este procedimento o objectivo de facilitar a interacção ocorrida nos contactos estabelecidos e a inteirarem-se da mesma);
- disponibilizassem algum tempo para proceder a uma posterior discussão dos resultados (por forma a delinear planos de intervenção futura).

Neste contexto, apraz referir que a colaboração prestada por estes profissionais foi excelente. Prontamente se disponibilizaram para ajudar o investigador a seleccionar as potenciais famílias a estudar e para o acompanhar nos contactos a efectuados. Nas exíguas vezes em que tal não sucedeu, o investigador teve o cuidado de informar estes profissionais sobre as dinâmicas estabelecidas durante os referidos contactos.

Indivíduos e famílias participantes

Momento antecedente à recolha de informação

Prevendo a possibilidade de vir constituir alvo de estudo numa 2ª fase desta investigação, na introdução do instrumento de colheita de dados aplicado na 1ª fase, já tivera sido apresentada esta premissa aos inquiridos (cf. Anexo 1). Ainda assim, antes de realizar qualquer tipo de abordagem às suas famílias, foram novamente elucidados sobre os objectivos desta investigação e sobre tipo de abordagem que se pretendia efectuar com as mesmas.

Naqueles que acederam à continuidade da sua participação, o segundo momento de recolha de informação foi novamente antecedido por uma detalhada exposição dos objectivos da 2ª fase de investigação: aos indivíduos que tinham sido identificados na 1ª fase e, de uma forma particular, aos elementos constituintes das suas famílias (dado que era a primeira vez que estavam a ser alvo de estudo).

No seguimento do referido procedimento, a todos foi explicado que a sua colaboração envolveria a participação em dois momentos distintos:

- um primeiro, no qual se realizaria uma entrevista conjunta com todos os elementos da família que tivessem coabitado com o indivíduo identificado, no momento em que ele tivera “entrado na reforma” e;
- um segundo, no qual, após análise efectuada pelo investigador, seria lido e validado o teor das narrativas anteriormente proferidas com os respectivos emissores (também, este procedimento, realizado na presença de todos os elementos anteriormente intervenientes).

Relativamente ao primeiro, os participantes foram alertados para o facto dos seus depoimentos terem de ser gravados em registo videográfico. A adopção deste procedimento foi justificada pela necessidade do investigador ter de diferenciar os protagonistas das narrativas no momento da sua transcrição; neste contexto, foram apresentadas garantias de confidencialidade e de anonimato dos referidos registos, dado que esses seriam de uso exclusivo da investigadora.

Após o esclarecimento destes e de outros aspectos envolventes da investigação, que foram sendo solicitados por alguns dos elementos das famílias a estudar, fez-se ainda saber que a decisão de participação seria pessoal e voluntária, podendo, por esse motivo, qualquer um dos participantes abandonar o estudo no momento em que o desejasse fazer. No final deste procedimento e nas famílias que aceitaram ser alvo de estudo, foi solicitada a assinatura de uma declaração de consentimento informado (Anexo 5).

Momentos de recolha de informação

De acordo com um prévio agendamento efectuado com as famílias participantes, os momentos de colheita de informação decorreram no domicílio das mesmas e/ou no centro de saúde (no qual se encontravam inscritas) e, sempre que foi possível, nestes momentos estiveram presentes os respectivos Enfermeiros de Família.

Primeiro momento: “A entrevista”

Após a obtenção do consentimento-informado dos participantes, num primeiro momento procedeu-se à realização da entrevista. Esta teve início recordando os objectivos do estudo e da abordagem que se iria efectuar naquele contacto, à qual se seguiu a construção do *genograma* e do *ecomapa*. Tendo funcionado como uma espécie de “quebra-gelo”, a participação da família nesta actividade foi bastante activa e demonstrou-se de uma elevada utilidade, dando a conhecer ao investigador o ambiente relacional que se estabelecia entre os seus elementos. Seguiu-se a esta tarefa a realização da entrevista, propriamente dita.

Em diversos momentos da sua realização, verificou-se alguma dificuldade em focalizar o domínio da entrevista. Tal sucedeu porque no decorrer das narrativas alguns assuntos suscitavam a recordação de outros, que perante a emissão da opinião de alguns intervenientes, tendiam a desviar-se um pouco do tema da entrevista. Moderar esta participação, por vezes um pouco efusiva, foi sem dúvida uma das maiores dificuldades com que se deparou a investigadora. O *terminus* deste primeiro momento de colheita de informação fez-se com o preenchimento individualizado da grelha de *APGAR familiar* e com o agendamento do segundo momento de colheita de informação.

Segundo momento: “A validação da transcrição da entrevista”








Após a análise sumária do conteúdo das narrativas e da redacção sistematizada das mesmas, procedeu-se num segundo momento à validação das mesmas com a família correspondente. Neste mesmo momento, revendo na leitura da investigadora as epifanias que anteriormente tinham proferido, foram poucas as alterações de discurso solicitadas pelos elementos das famílias participantes. Este procedimento tornou-se bastante útil, dado que permitiu esclarecer algumas dúvidas tidas durante a transcrição e interpretação dos factos anteriormente narrados.

Embora tenha sido francamente superior ao que agora se indica, faz-se ainda saber que o tempo global dispendido na realização dos anteriores procedimentos de colheita de informação foi de 2548 minutos; sendo que: o tempo médio de gravação de entrevista foi de 104 minutos e o tempo médio dispendido na leitura e validação da síntese de entrevista foi de 78 minutos.

1.6. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Conforme foi anteriormente dado a conhecer, no primeiro momento de colheita de informação (“a entrevista”) procedeu-se à caracterização das famílias participantes. A simbologia utilizada na construção dos instrumentos de avaliação (Figura 14), seleccionados para o efeito, teve por base a preconizada pelos autores dos referidos instrumentos (Referências 7, 8 e 9).

Figura 14 – Simbologia utilizada na caracterização das famílias participantes.

Símbolo	Correspondência
	Género feminino
	Género masculino
	Agregado familiar em estudo
	Indivíduo identificado na 1ª fase (feminino/masculino)
C	Cônjuge do indivíduo identificado na 1ª fase
A	Ascendente do indivíduo identificado na 1ª fase
D	Descendente do indivíduo identificado na 1ª fase
DN	Data de Nascimento
DC	Data de Casamento
AP	Área Profissional
D	Diagnóstico de patologia crónica
R	Reformado
	Relação ténue
	Relação fraca (1), moderada (2), forte (3)
	Relação conflituosa

Resultante da caracterização das 14 (catorze) famílias participantes (cf. Figura 12), cuja apresentação se passa a realizar de uma forma individualizada, faz-se saber que, maioritariamente, eram constituídas por 2 elementos, se encontravam numa fase do ciclo vital de “ninho vazio” (Stanhope, 1999), nenhuma era reconstruída, foram identificadas diversas formas de relacionamento entre os seus elementos e o índice de *APGAR* familiar, por estes percebido, se situou compreendido entre os valores de 4 e 9 (valor de índice médio=6). Englobaram um total de 36 elementos, mas um não foi entrevistado (por não respeitar o critério de inclusão “ser maior de 18 anos” [DD₁₁]) e outro não procedeu à avaliação do *APGAR* familiar (por não saber ler [A₂]).

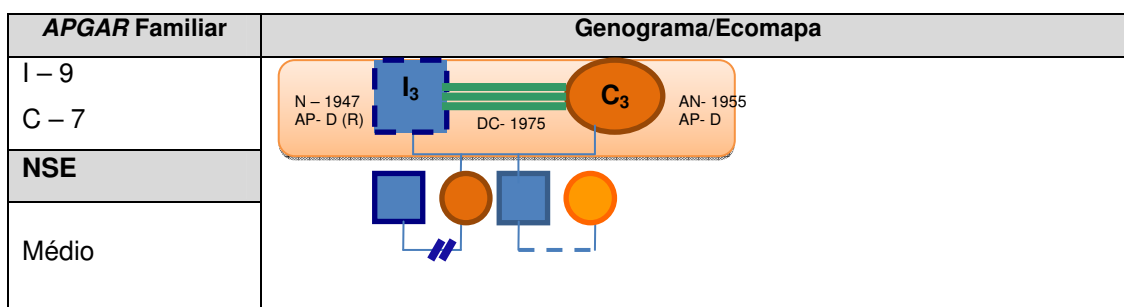
Família 1: Composta pelo subsistema conjugal, esta família vive uma fase do ciclo vital que se intitula por “ninho vazio” (Stanhope, 1999). O elemento identificado (I_1) aposentou-se há cerca de três anos (Motivo: Idade limite), o seu marido (C_1) há sensivelmente cinco anos e ambos exerceram funções na área profissional de “Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas”. Estabelecem uma relação forte e consideram-se muito próximos, tanto a nível afectivo como em termos de interesses e objectivos de vida. Talvez seja por esse facto que partilhem a realização das tarefas diárias, frequentem assiduamente locais de divulgação cultural (ex. cinema, exposições) e viajem com alguma frequência. Ainda assim, no início “nem tudo foi um mar de rosas” (I_1) e a este respeito ambos concordaram que as pessoas deveriam ser preparadas para a mudança que este acontecimento de vida origina. A razão de tal emissão terá estado relacionada com o facto de I_1 se ter sentido um pouco depressiva quando sucedeu essa transição (*Alteração do estado de saúde*).

APGAR Familiar	Genograma/Ecomapa
I – 8 C – 8	
NSE	
Alto	

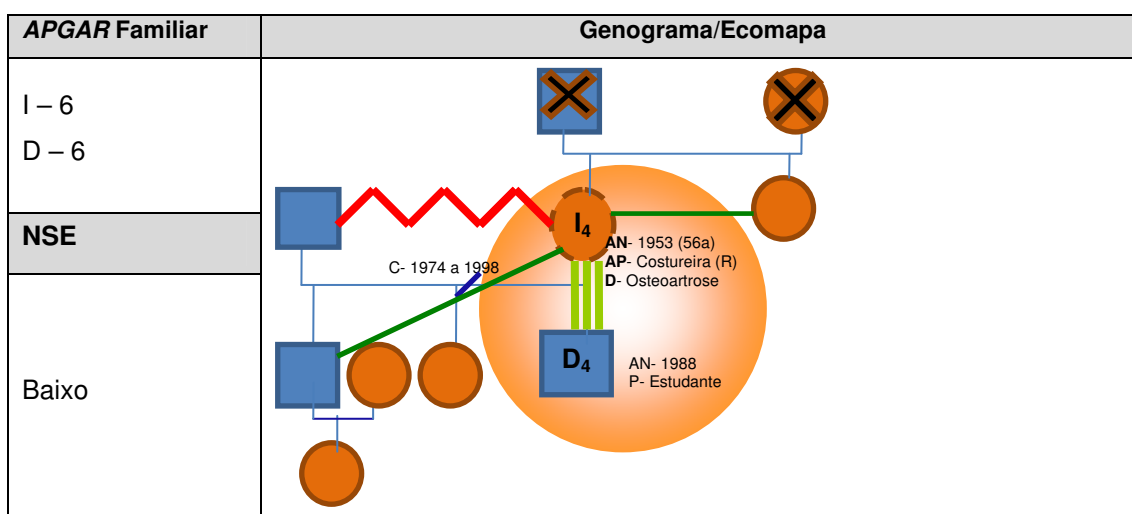
Família 2: Composta por 3 elementos: o subsistema conjugal (I_2 e C_2) e a mãe de I_2 (A_2). O elemento identificado (I_2) exercia há já bastantes anos funções de chefia numa repartição pública e aposentou-se por motivo de limite de idade. Ao longo dos vários anos de casamento, o casal manteve uma relação afectiva moderada. Contudo, esta passou a ser alvo de episódios de conflituosidade desde que I_2 se reformou e, particularmente, quando a mãe deste (A_2) passou a pertencer ao agregado familiar. O elemento C_2 manifesta um certo descontentamento relativamente ao facto de não ter visto concretizada a expectativa que detinha para quando o seu marido (I_2) se reformasse (ex.: viajar com ele) e ainda relativamente ao facto de, quase que simultaneamente, ter tido de passar a cuidar da sua sogra (A_2). Relativamente a I_2 , este revelou-se apreensivo com a evolução do seu estado económico e a sua principal dificuldade está em não saber como ocupar o tempo (*Diminuição de poder económico e Dificuldade em ocupar o tempo*).

APGAR Familiar	Genograma/Ecomapa
I – 7 C – 5 A – não respondeu	
NSE	
Médio	

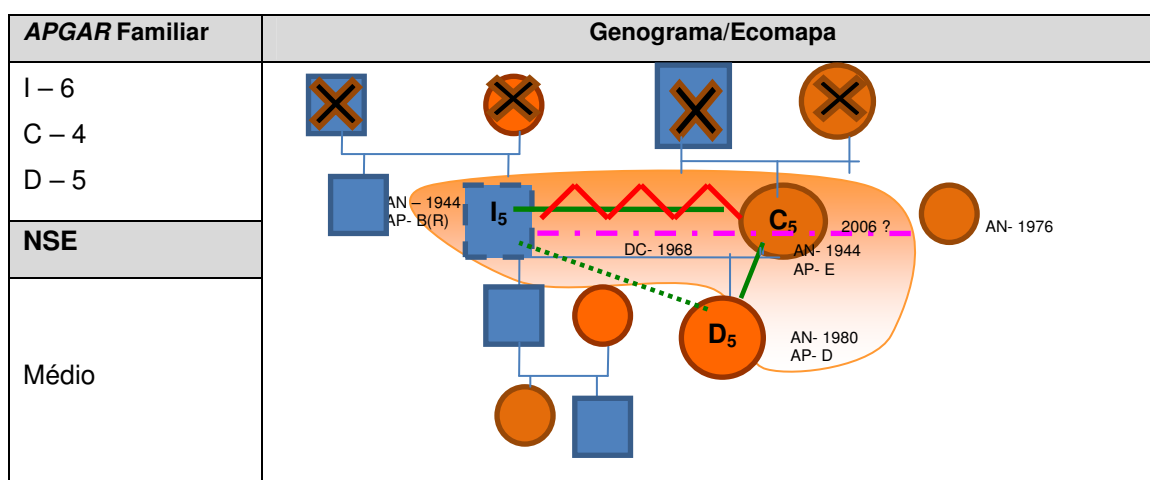
Família 3: Subsistema conjugal com uma relação afectiva muito forte. Tendo por referência esse tipo de relação, manifestam uma certa angústia pelo tipo de relacionamentos conjugais que os seus filhos apresentam. O elemento I₃ aposentou-se há cerca de um ano (motivo: idade+tempo de serviço), provindo da área profissional “Pessoal administrativo e similares” e confessou que, na referida época, se sentiu um pouco só (*Solidão*). Segundo o mesmo, na altura, ter-lhe-á valido a estreita relação que estabelecia com a sua cónjuge (C₃) e actualmente refere “*com o tempo, estou a tentar superar esse sentimento*” (I₃).



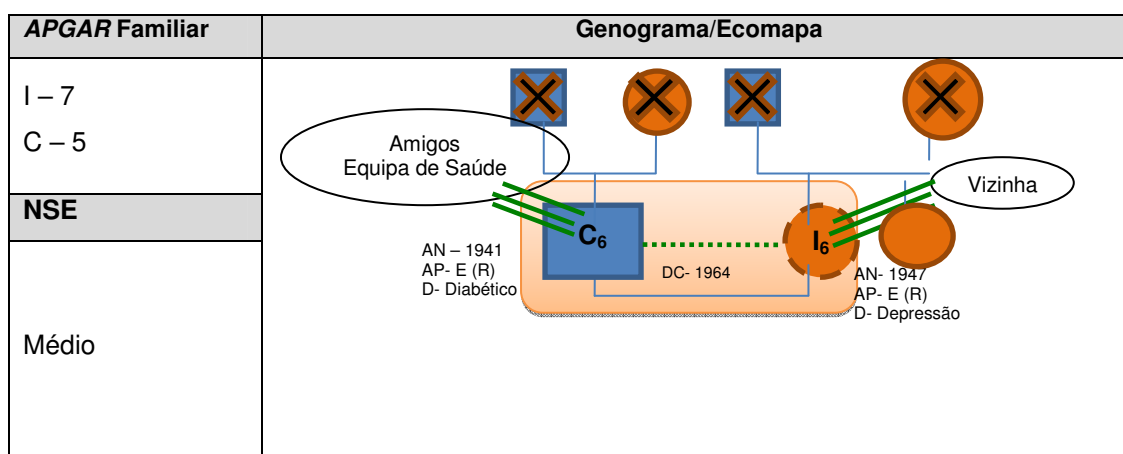
Família 4: Família monoparental e composta por 2 elementos. O elemento (I₄) reformou-se antecipadamente por motivo de doença (motivo: estado de saúde) e, desde esse momento, apresenta algumas dificuldades financeiras que vão sendo superadas com a ajuda da sua irmã e do filho mais velho (*Diminuição do poder económico*). Ao longo da sua narrativa, manifestou, ainda, um certo sentimento de solidão (*Solidão*) e um estado depressivo (*Alteração do estado de saúde*) que se revelou pelas poucas palavras que proferiu e pelo *fácies* triste e lacrimajante que evidenciou, durante a entrevista. Ainda que permaneça em sua casa, o seu filho (D₄) está muito tempo ausente porque estuda em outra cidade (Coimbra).



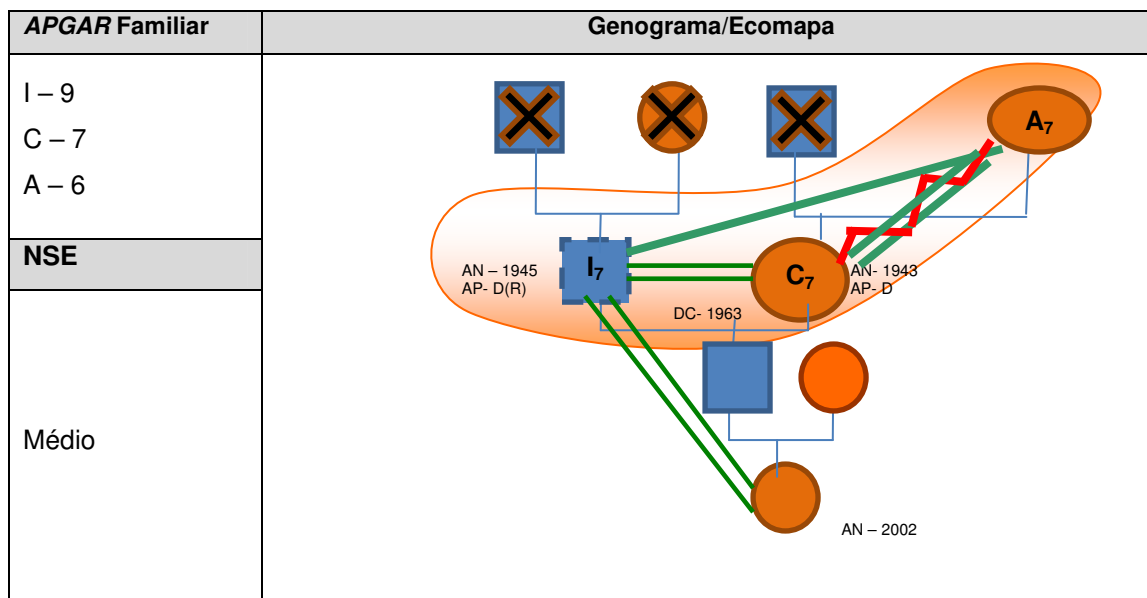
Família 5: Família em fase de filhos em idade adulta (Stanhope, 1999), constituída por 3 elementos: o sub-sistema conjugal (I_5 e C_5) e filha mais nova (D_5). O elemento I_5 aposentou-se há cerca de 2 anos (Motivo: idade+tempo de serviço) e segundo D_5 , desde essa altura, a relação conjugal estabelecida tornou-se ainda mais conflituosa. A relação parental, que D_5 estabelece com I_5 , é de natureza ténue e esta advém do facto desta filha (D_5) ter conhecimento que o seu pai (I_5) foi estabelecendo várias relações extra matrimoniais ao longo dos vários anos do casamento com a sua mãe (C_5). No seu discurso, I_5 manifestou alguma indignação pelo facto das pessoas o terem deixado de reconhecer pelo seu *status* (*Diminuição da auto-estima*).



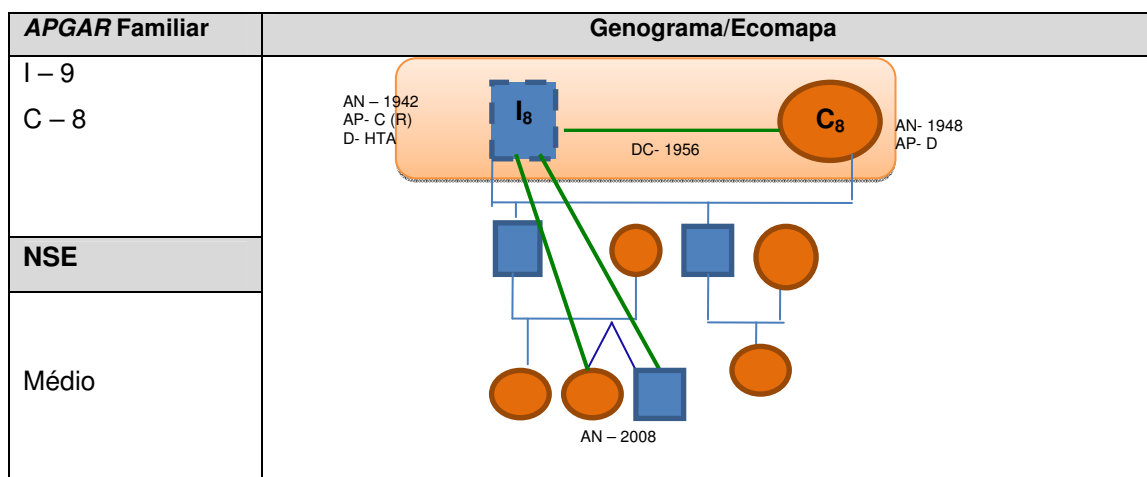
Família 6: Constituída pelo sub-sistema conjugal, não apresentando descendentes. A relação estabelecida entre os referidos elementos é ténue. O elemento I_6 está aposentado há cerca de 1 ano da área profissional “Pessoal dos serviços e vendedores” (Motivo: Idade + tempo de serviço) e, desde essa altura, refere uma certa *solidão e ausência de estímulos de vida*. Para tentar ultrapassar esta dificuldade, procura ocupar-se o mais possível com as lidas de casa, com a televisão e, quando se encontra disponível, conversando com a sua vizinha. O seu cônjuge (C_6) aposentou-se há mais tempo e, desde essa altura, a rede de amigos e a vigilância do seu estado de saúde (ligação com a equipa de saúde), têm-no ajudado a ocupar o seu tempo.



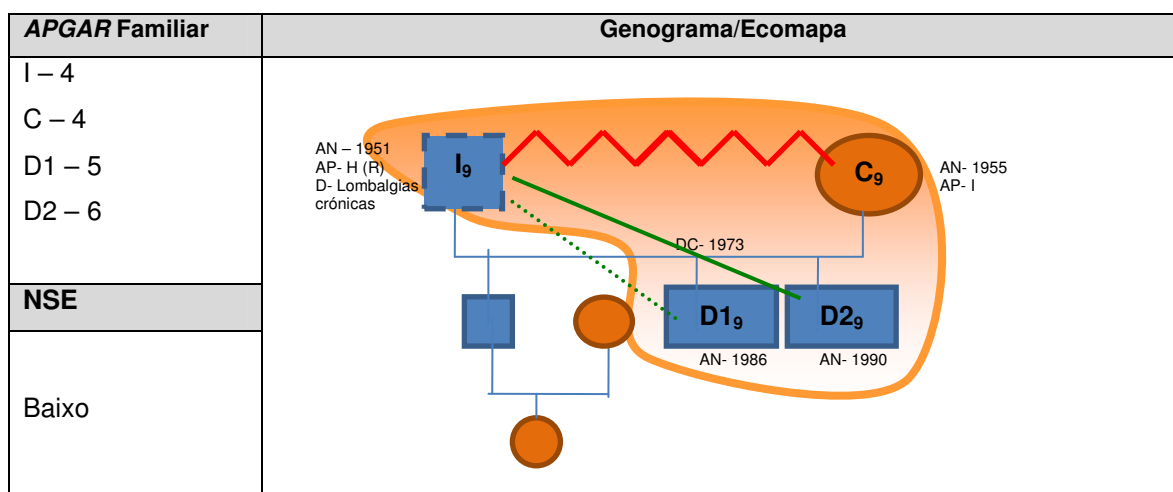
Família 7: Constituída por 3 elementos: o subsistema conjugal (I_7 e C_7) e a mãe de C (A_7). A relação que se estabelece entre I_7 e C_7 é moderada. O mesmo sucede com a que se estabelece entre C_7 e A_7 mas, por vezes, dotada de alguma conflituosidade. Segundo C_7 esse conflito está relacionado com a frequente intromissão que a sua mãe (A_7) realiza na sua relação conjugal e na gestão caseira. O elemento I_7 está reformado há 2 anos (Motivo: Idade+Tempo de serviço) e, segundo profere, “desde essa data passei a colaborar mais na gestão caseira” (I_7) (Adaptação a novos papéis). C_7 deu a conhecer que essa colaboração se cinge às actividades referentes ao cuidar da neta.



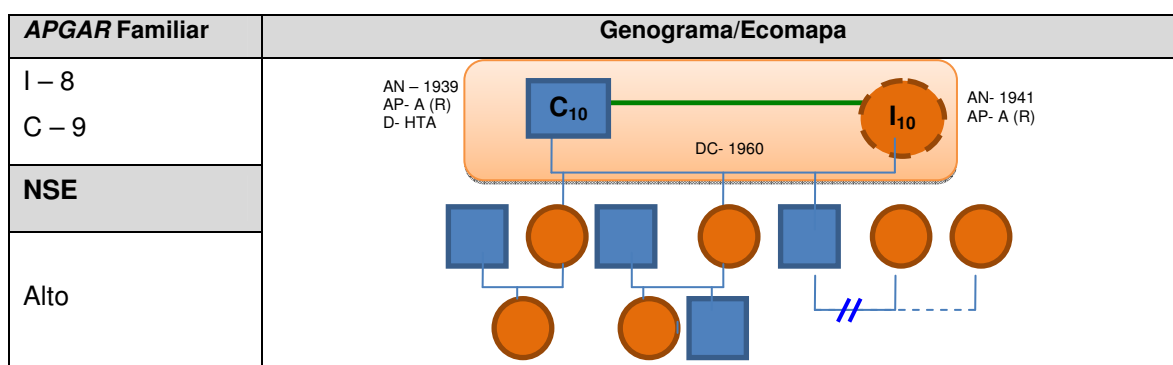
Família 8: Constituída pelo sub-sistema conjugal, em fase de “ninho vazio” (Stanhope, 1999). O elemento I_8 encontra-se aposentado há cerca de 5 anos (Motivo: estado de saúde) e desde essa data refere “sinto que a família espera mais de mim em termos de colaboração” (I_8) (Adaptação a novos papéis). Em jeito de graça refere ainda que “nunca trabalhei tanto como para os meus gémeos” (I_8). A sua cónjuge (C_8) permanece no “activo”, acumulando essa sua actividade laboral com as actividades domésticas. Não se lamenta, da pouca ajuda que o marido (I_8) lhe dá, dado reconhecer que o seu estado de saúde requer alguns cuidados.



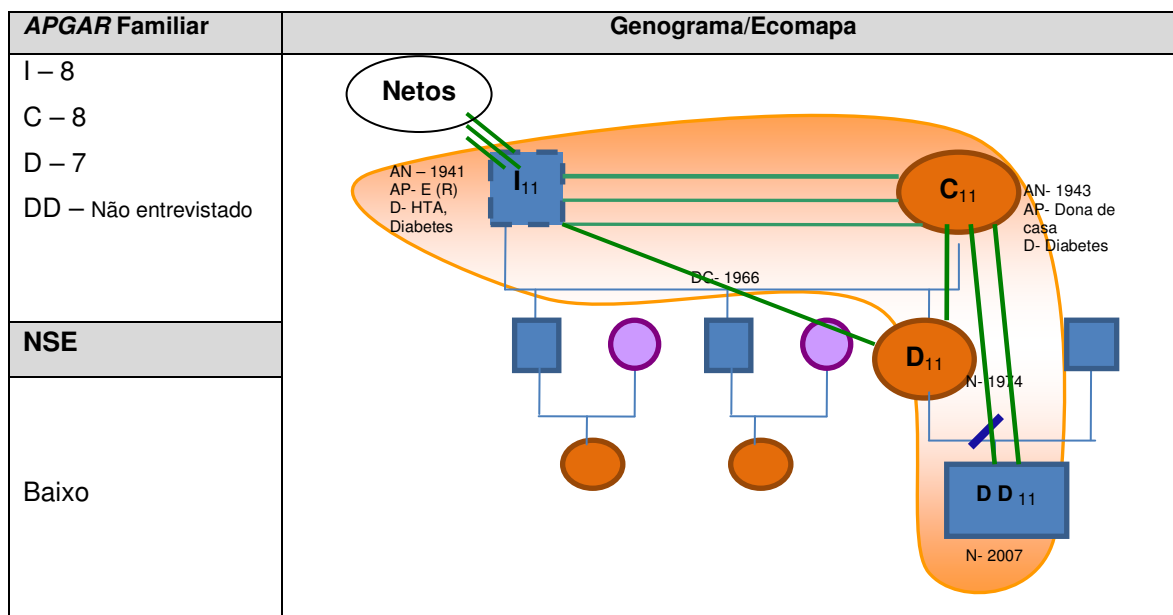
Família 9: Esta família encontra-se numa fase de filhos em idade adulta (Stanhope, 1999) e é constituída por quatro elementos: o sub-sistema conjugal (I_9 e C_9) e dois filhos ($D1_9$ e $D2_9$). O elemento A_9 exercia a função de motorista de pesados de longo curso e “entrou na reforma” de forma antecipada, por motivos de saúde. Segundo proferiu, a maior alteração e/ou dificuldade percebida após esse acontecimento foi “...ambientarmo-nos a estar tanto tempo em casa” (*Readaptação ao setting lar*). Segundo $D2_9$, se até à data a relação conjugal era ténue, a partir desse momento tornou-se alvo de alguma conflituosidade.



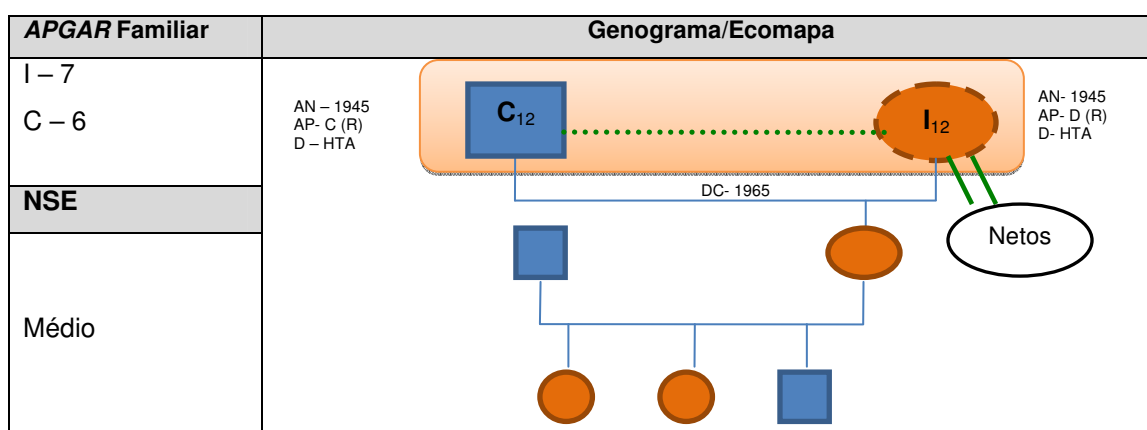
Família 10: Subsistema conjugal com ambos os elementos aposentados e com um relacionamento moderado. A história de vida, a personalidade e atitude lutadora de I_{10} têm-na ajudado a vivenciar a “entrada na reforma” (Motivo: limite de idade). Ainda assim, reconhece que no início sentiu uma mudança na sua vida à qual se teve de adaptar. Nas suas narrativas, os significados de saudade do passado foram bem evidentes (*Saudade*).



Família 11: Agregado familiar constituído por 4 elementos desde Agosto de 2008, data em que o subsistema acolheu a sua filha mais nova (D_{11}) e neto (DD_{11}) (*re-nesting*), por motivo de separação. Este acontecimento sucedeu quase que simultaneamente com a “entrada na reforma” de I_{11} (Motivo: Idade limite) e talvez por esse facto não conseguiu esconder a angustia que tal situação lhe causou. Hoje, o sistema conjugal refere estar mais conformado com a situação ainda assim, segundo proferem “...são os netos, quem mais alegrias nos proporciona” (I_{11}). A diminuição do poder económico foi a principal alteração sentida na “entrada na reforma”.



Família 12: Agregado familiar constituído por dois elementos, ambos reformados há menos de 5 anos (Motivo: Idade+tempo de serviço). O elemento I_{12} foi o identificado na 1ª fase do estudo, tendo referido “[...] sensação de inutilidade” (I_{12}) após a “entrada na reforma” (*Diminuição da auto-estima*). Como estratégia utilizada para diminuir essa alteração e/ou dificuldade, referiu “Ajudo a minha filha, cuidando dos meus netos” (I_{12}). O cônjuge (C_{12}) desde há muitos anos que tem como *hobby* o coleccionismo e essa actividade, para além de lhe ocupar muito tempo em casa, também o tem levado a incrementar a sua rede social. O elemento I_{12} lamenta-se desse facto e, desde que se reformou, refere que passou a sentir mais essa ausência.



Família 13: Constituída por dois elementos reformados, mas apenas I_{13} se aposentou há menos de 5 anos (Motivo: Idade limite) . Detentor desse estatuto há mais tempo, o elemento C_{13} revelou que já estava adaptado a essa situação. O mesmo já não se pode dizer relativamente a I_{13} , que segundo proferiu teve de impor um novo ritmo à sua vida e, neste sentido, *“Impus-me a arranjar e a sair todos os dias, nem que a volta fosse pequena (...) sempre encontrava alguém conhecido”* (I_{13}) para fazer face à *Alteração da rotina diária*, que na época terá sentido. O elemento C_{13} não gosta dessa atitude de I_{13} e, pelo seu discurso, foi possível verificar que sente-se um pouco inconformado com essa situação.

APGAR Familiar	Genograma/Ecomapa
I – 5 C – 6	
NSE	
Médio	

Família 14: Constituída por 3 elementos: o sub-sistema conjugal e a mãe do elemento I_{14} , que com estes coabita desde que enviuvou (1980). A relação estabelecida entre os elementos da família é harmoniosa, ainda assim, a que se estabelece entre C_{14} e A_{14} apresenta uma característica ténue. Segundo C_{14} esta foi a forma que encontrou para que A_{14} não interferisse tanto na sua relação conjugal. O elemento I_{14} reconhece que não era, de todo, sua vontade aposentar-se, mas a empresa onde trabalhava teve de diminuir o quadro de pessoal e ele foi um dos elementos dispensados (Motivo: dispensa contratual). Esta situação originou uma diminuição da sua auto-estima.







APGAR Familiar	Genograma/Ecomapa
I – 8 C – 7 A – 7	
NSE	
Médio	

1.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise da informação teve início com transcrição integral das entrevistas efectuadas, por ocasião do primeiro momento de recolha, às 14 (catorze) famílias participantes.

No intuito de garantir o anonimato mas, simultaneamente, de identificar o grau de parentesco estabelecido com o indivíduo identificado na 1ª fase do estudo e a respectiva família, este procedimento seguiu a codificação utilizada na construção do genograma. Ainda, de forma a revelar um pouco daquele que foi o contexto da emissão comunicativa, recorreu-se também ao uso de algumas simbologias (Figura 15).

Figura 15 – Simbologia utilizada na transcrição das narrativas.

Símbolo	Correspondência
[...]	Excerto da transcrição original, sem relevância para a análise
...	Pausa de discurso
«...»  <	Excerto proferido em tom de voz mais baixo
«...»  >	Excerto proferido em tom de voz mais elevado
	Manifestação de atitude positiva (ex. feliz, contente, sorridente, ...)
	Manifestação de atitude negativa (ex. pesaroso, saudosos, consternado, infeliz, ...)
	Manifestação de atitude neutra (ex. apático, indiferente, desinteressado, ...)
	Gesticulação

Durante o referido processo de transcrição surgiram diversas dúvidas: umas resultantes da incompreensão do discurso proferido pelos participantes e outras decorrentes da ambiguidade de análise, que alguns dos seus excertos originaram. Prevendo que a referida situação pudesse vir a suceder e no intuito de validar este primeiro momento de colheita de dados, procedeu-se à redacção de uma síntese de cada uma das entrevistas realizadas, cujo conteúdo recontava, em tempo verbal passado, as epifanias anteriormente proferidas pelos vários elementos das famílias participantes. Este exercício tornou-se bastante profícuo para a análise do conteúdo das narrativas, permitiu obter uma antecipada percepção de algumas das temáticas que viriam a ser alvo de estudo e, neste sentido, foram tomadas algumas anotações para esclarecer no momento de posterior reencontro com as famílias.

Nesse segundo momento foi realizada a leitura conjunta das referidas sínteses e do processo de meta-análise que do mesmo decorreu com as respectivas famílias, surgiram novas reflexões que contribuíram para a obtenção de um melhor entendimento do fenómeno em estudo. Este procedimento permitiu, desta forma, melhorar a credibilidade e a transferibilidade da metodologia até então adoptada.

Seguidamente, na ausência da família, passou-se a realizar a efectiva análise do material colhido. A natureza do fenómeno em estudo (fenómeno transicional), as características e abrangência do seu foco (interacção familiar) e a questão orientadora que esteve na base do desenvolvimento desta 2ª fase de investigação (*Como é que os indivíduos e as suas famílias percebem a vivência de transição, originada pela “entrada na reforma”?*); levaram a optar por uma metodologia de análise narrativa, baseada em:

- Unidades de análise – atendendo ao facto da “entrada na reforma” constituir um período de transição que se faz manifestar ao longo de um período de vida (cuja análise se poderá efectuar em função de perspectivas referentes ao passado, ao presente e ao futuro), neste estudo foram tomadas como unidades de análise: o período que antecedeu a “entrada na reforma” (*O Antes*), o período que precedeu a “entrada na reforma” (*O Pós*) e, de forma a conhecer a expectativa futura (*O Futuro*);
- Conteúdo – dado que, por forma a obter resposta à questão orientadora, esta tarefa só poderia ser conseguida através da extracção dos significados atribuídos, pelos próprios, à interacção que se estabeleceu entre eles, durante a vivência do período de transição em causa.

Com base na anterior decisão metodológica, numa fase posterior passou-se a realizar o processo analítico, propriamente dito. Este teve início com a importação das fontes, dadas pelas narrativas originais (*Sources*) para o programa informático de análise qualitativa Nvivo₈, procedendo-se de seguida à:

- Introdução dos dados referentes às famílias participantes e caracterização das mesmas (*Cases /Attributes – Case Book*);
- Codificação dos excertos das epifanias, sua inclusão em categorias e/ou conceitos livres (*FreeNodes*) e, à medida que foram criando um corpo comum, em categorias agrupadas (*TreeNodes*);

- Construção das relações estabelecidas entre os anteriores (*Relationships*) e;
- Realização de vários exercícios de busca e questionamento de dados (*Queries*).

O resultado final foi graficamente conseguido através dos modelos de análise (*Models*) que foram sendo construídos ao longo do exercício anterior e neles fizeram-se representar os temas e os sub-temas que emergiram das narrativas dos vários elementos das famílias em estudo, em consonância com as unidades de análise anteriormente definidas (“O Antes”, “O Após” e “O Futuro”).

Relativamente ao exercício anterior faz-se ainda saber que o mesmo decorreu da atitude crítica e reflexiva que foi sendo adoptada durante a análise dos significados emergidos das narrativas em estudo. Para o referido objectivo contribuíram, igualmente, as anotações relativas às características que o discurso dos participantes foi tomando no decorrer dessas mesmas narrativas [ex. formas de comunicação não verbal (expressões faciais, gestos), tom de voz (mais elevado, mais baixo), paragens de discurso]. Este último procedimento, de anexação narrativa, só foi possível em virtude de se ter procedido à gravação de entrevista, em modo vídeo.

Procedimentos de validação interna e externa

Conforme anteriormente descrito, a validação interna foi realizada no segundo momento de recolha de informação, quando as famílias foram confrontadas com o resultado da transcrição efectuada às entrevistas dadas no primeiro momento de recolha de informação.

No que respeita à validação externa, este procedimento contou com a colaboração de um investigador externo ao processo de investigação que, mediante o envio das transcrições mencionadas, realizou a sua própria análise.

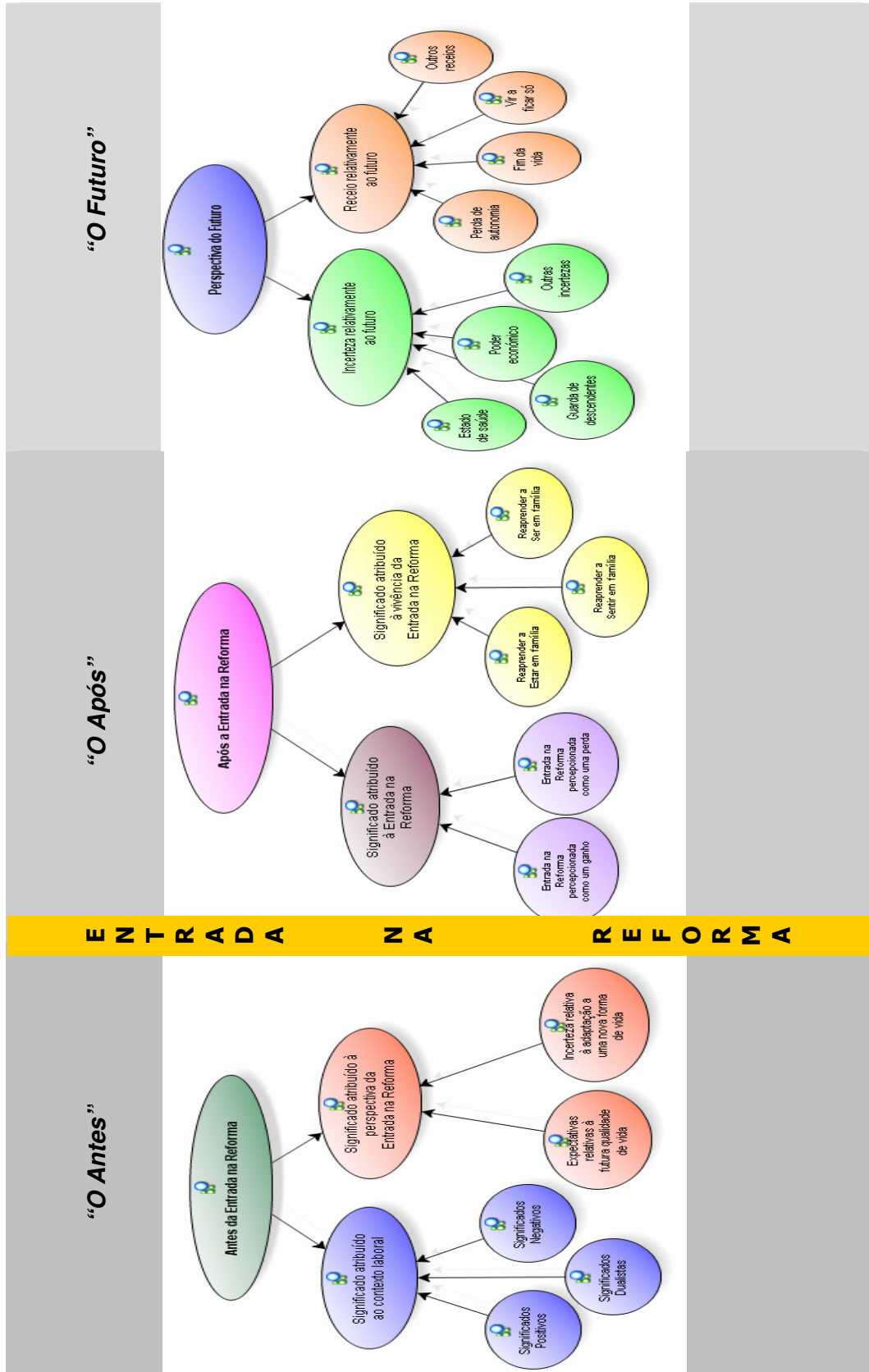
A análise final das entrevistas resultou, então, da confrontação entre os procedimentos anteriormente descritos.

2. RESULTADOS

Os resultados, que agora se apresentam, são decorrentes da análise efectuada às narrativas que foram obtidas pelas entrevistas efectuadas às 14 (catorze) famílias em estudo (amostra B), em função das unidades de análise consideradas de relevância para a compreensão do fenómeno transicional em estudo (“O Antes”, “O Após” e, “O Futuro”); dentro destas, serão dados a conhecer os temas e sub-temas que resultaram dos significados emergidos das narrativas que os seus elementos constituintes facultaram (Figura 16).

Antecedendo esta actividade, considera-se pertinente dar a conhecer alguns aspectos que se fizeram evidenciar ao longo do exercício de análise narrativa efectuado. O primeiro esteve relacionado com o contributo que os diversos elementos das famílias em estudo tiveram a oportunidade de dar em entrevista. A este respeito, e ainda que a maioria das questões não se tenha direccionado para um elemento em particular; pelo facto de se terem reportado à vivência específica em estudo (“*entrada na reforma*”), alguns elementos tiveram um maior contributo no desenvolvimento da entrevista (foi o caso dos indivíduos que protagonizaram o referido acontecimento de vida). Os contributos também diferiram em função da proximidade dos anteriores (razão pela qual se verificou que os cônjuges foram os que mais participaram) e da personalidade, mais ou menos extrovertida, que os elementos apresentavam (que, como seria de prever, não se fez notar em nenhum parentesco em particular). O segundo esteve relacionado com o facto de se ter constatado que o clima relacional interferiu no resultado final da entrevista. Ainda que no decorrer da mesma se tivesse tentado contornar esta situação, na sua transcrição essa interferência foi notória: ou pelo excesso de informação, que em nada tinha a ver com o assunto em questão; ou pela insuficiente informação, resultante de uma interacção relacional distante ou problemática. O terceiro, mais direccionado para o procedimento de análise propriamente dita, esteve relacionado com o facto de que embora se tenha verificado, em todas as narrativas, a coexistência de uma reflexão interna entre o “eu” e o “mim”, a expressão dos significados contidos nas mesmas fizeram-se, geralmente, manifestar numa atribuição direccionada para os restantes elementos do sistema familiar. [Este terá sido, então, o resultado que o *self* organizou e expressou em função da interacção simbólica, que terá vivenciado no momento da “*entrada na reforma*”; estas atribuições puderam-se constatar tanto na intra-narrativa (no discurso referente à reflexão entre o “eu”, próprio, e o “mim”) como, também, na inter-narrativa (no discurso referente aos restantes elementos da família que não o “eu”, mas sim, o “outro”)].

Figura 16 – Modelos de resultado obtidos em função das unidades de análise: “O Antes”, “O Após” e “O Futuro”



2.1. A VIVÊNCIA ANTES DA “ENTRADA NA REFORMA”

Quando questionados sobre a vivência antes da “entrada na reforma” (pela questão: *Como viveriam o período que antecedeu a “entrada na reforma”?*), os protagonistas do referido acontecimento de vida tomaram a primazia do discurso e essa postura foi particularmente notória quando se reportaram à descrição do contexto profissional no qual tinham exercido, durante a sua “vida activa”.

Na continuidade, quando a entrevista evoluiu para a vivência (propriamente dita) do período que antecedeu o referido evento, os outros elementos da família passaram a intervir e dessa sua participação emergiram significados relativos à perspectiva que detinham relativamente à proximidade da vivência do referido acontecimento de vida. Decorrente da análise das suas narrativas, os significados nelas identificados convergiram para os seguintes temas e sub-temas (Figura 17):

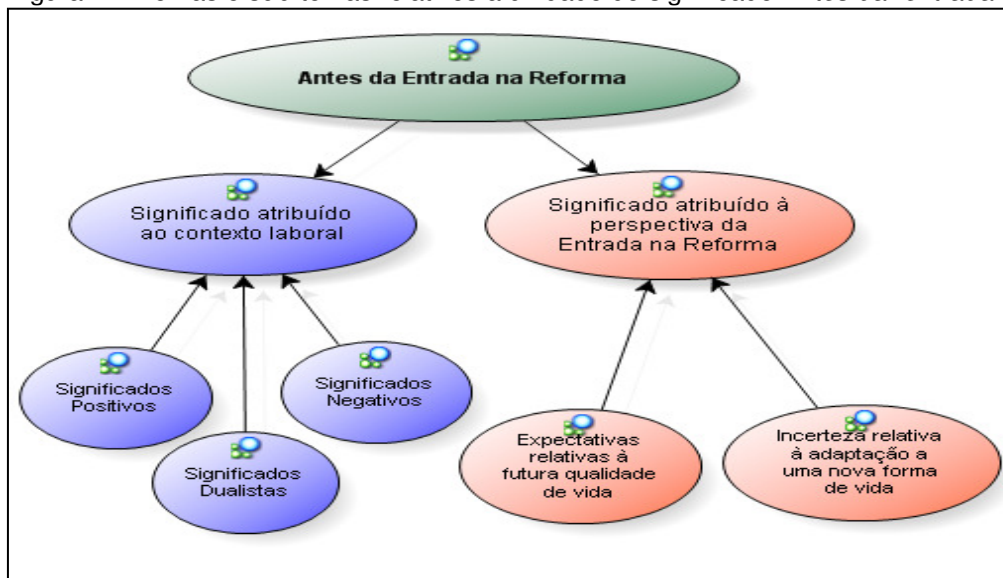
A) Significado atribuído ao contexto laboral

- A.1) Significados positivos
- A.2) Significados negativos
- A.3) Significados dualistas

B) Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”

- B.1) Expectativas relativas à futura qualidade de vida
- B.2) Incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida

Figura 17- Temas e sub-temas relativos à unidade de significado *Antes da “entrada na reforma”*



A) Significado atribuído ao contexto laboral

Os resultados apresentados neste tema advêm exclusivamente da análise das narrativas proferidas pelos indivíduos que protagonizaram a “entrada na reforma”. A razão para tal esteve relacionada com o facto de lhes ter sido dirigida, de uma forma muito específica, a questão: “O que significava para si o seu trabalho?”.

Decorrente da referida análise, verificou-se que antes de “entrarem na reforma” os indivíduos estabeleceram diferentes atitudes e comportamentos, em relação ao trabalho que exerciam. Dessas diferenças, umas mais explícitas do que outras, resultaram os divergentes significados que lhe atribuíram e que foram passíveis de identificar nas suas narrativas. Após decomposição e análise crítica, tais significados foram agrupados nos seguintes sub-temas:

- A.1) Significados Positivos;
- A.2) Significados Negativos;
- A.3) Significados Dualísticos.

A.1) Significados Positivos

Diversos indivíduos atribuíram um significado positivo ao contexto laboral, no qual tinham exercido. Esta atribuição transpareceu, não apenas pela manifestação de entusiasmo e de alguma saudade com que discursaram sobre este seu passado, mas, também, pelos significados positivos que emergiram das suas narrativas. Os referidos significados relacionaram-se com o sentir-se satisfeito (*Satisfação*), o sentir-se realizado (*Realização*), o sentir-se socialmente reconhecido (*Reconhecimento*), o sentir-se útil para a sociedade (*Utilidade*), o sentir-se estimulado para a vida (*Estimulo*) e o sentir-se relacionado com sociedade que o envolvia (*Relação*).

Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam permitiram verificar ainda que esses significados nunca figuraram de forma isolada e, porque se tornaram tão evidentes nos seus discursos, considerou-se desnecessária a emissão de qualquer tipo de comentário em relação aos mesmos.

“Gostei sempre muito daquilo que fazia. [...] Sentia-me útil para a sociedade quando ajudava aqueles jovens e os preparava para a vida [...] e acho que as pessoas reconheciam o mérito do meu desempenho, ... pelo menos ainda hoje me chamam para dar o meu parecer em determinados domínios em que era perita” (I₁)

(Utilidade/ Reconhecimento)

“...eu gostava bastante do meu trabalho. Mantinha-me ocupado, estimulado e útil [...] mesmo em situações de doença, não me lembro de ter faltado um dia ao trabalho...e olhe que às vezes, sabe Deus ☺” (I₂)

(Satisfação/Estimulo/ Utilidade)

“Para mim o trabalho foi sempre uma fonte de enorme satisfação: mantinha-me activo, permitia-me comunicar com as pessoas, manter-me informado e actualizado socialmente (...) nem me via a fazer outra coisa, já que aquela foi sempre a área em que trabalhei e na qual me sentia realizado.” (I₃)

(Satisfação/ Estimulo /Relação/ Realização)

“Não sei como manifestar-lhe o agrado que o meu trabalho me dava [...] estava a ajudar as pessoas a viver e, só isso, fazia com que eu me esquecesse do meu próprio estado de saúde! ☺” (I₈)

(Satisfação/ Utilidade)

“Gostava imenso do meu trabalho. Formei muitos alunos que, hoje estão muito bem na vida. Ainda hoje, quando me encontram na rua, fazem-me uma grande festa e isso deixa-me imensas saudades! [...] Tinha de deixar espaço para os mais novos. A idade já não me permitia permanecer naquele lugar ☺ mas, fiquei descansada porque sei que deixei pessoas muito competentes para continuarem o percurso que construí.” (I₁₀)

(Satisfação/Utilidade)

“Há quem diga que não vê a hora de se reformar, olhe eu não tive pressa nenhuma! Estava habituada a ir ao cabeleireiro, arranjar o meu cabelo, todas as 2ª feiras e a aperaltar-me toda para ir trabalhar ☺ [...] sempre dei o meu melhor no meu trabalho sentia mesmo orgulho naquilo que fazia [...] aquela relação com as pessoas “nutria” o meu ego [...]” (I₁₃)

(Satisfação/Relação/ Estimulo)

A.2) Significados Negativos

A ausência de objectivos pessoais e profissionais (“Sentir-se desmotivado”: *Desmotivação*), o clima organizacional pouco favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional (“Sentir-se desconfortável”: *Desconforto*), a alteração do estado de saúde (“Sentir-se doente”: *Saúde afectada*), o cansaço originado pelos longos anos de exercício da profissão (“Sentir-se cansado”: *Cansaço*) e, até mesmo, algum desagrado com a conjuntura político-social a que estiveram expostos nos últimos tempos do seu exercício (“Sentir-se insatisfeito”: *Insatisfação*), foram alguns dos factores que terão propiciado a atribuição de um significado negativo ao contexto laboral, efectuada por alguns indivíduos. Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam indiciam estes significados e pela sua análise é ainda possível verificar que, associados a estes, outros factores contribuiram para tal.

Tome-se, por exemplo, a narrativa de I₆. Associado a um clima organizacional, no qual o desenvolvimento das boas-práticas relacionais não se verificou, a percepção de desconforto emocional que a mesma terá originado, decerto contribuiu para que esta tenha atribuído um significado negativo ao contexto laboral do qual se reformou.

“Muito sinceramente, já estava farta do meu trabalho. O ambiente era péssimo porque as minhas colegas não olhavam a meios para atingir os seus fins [...] estavam sempre a arranjar conflitos para passar à frente [...] Por isso quando cheguei à reforma, senti-me melhor. [...] Na verdade nunca fiz muita coisa para subir, no meu trabalho. Ainda frequentei um curso quando era nova mas, depois casei-me e deixei-me disso [...] o meu marido também estava em casa ” (I₆)

(Cansaço/Insatisfação/Desmotivação)

O fragmento da narrativa de I₄, a seguir apresentado, ilustra o efeito que a alteração do estado de saúde poderá exercer no sentido da atribuição deste mesmo significado. Efectivamente, ainda que não seja forçosamente consequente, não será difícil perceber que, na ausência de saúde, a relação estabelecida com o trabalho se tenha tornado menos aprazível e daí ter motivado esta atribuição negativa. Para além do anterior, o início desta narrativa revela ainda que também o desinvestimento profissional poderá ter contribuído para este tipo de atribuição.

“[...] mas o meu trabalho foi dando, até aparecerem os centros comerciais [...] nos últimos anos cingia-me a fazer arranjos (de roupa) e esse “pinga-pinga”, com frequência incerta, não me dava para viver! ☹ [...] as minhas mãos, deformadas, também já não ajudavam [...] comecei a meter baixa à caixa e decidi ir para a reforma” (I₄)

(Desmotivação/ Saúde afectada)

Ainda que tenha evidenciado uma situação de investimento profissional; a manifestação de cansaço e de um certo descontentamento a com conjuntura político-social da época, terão levado a que I₇ tivesse atribuído um significado negativo ao contexto no qual laborava.

“Durante muitos anos investi muito na minha carreira. Comecei de baixo e progredi bastante, à custa do meu esforço e dedicação ao trabalho. Sentia bastante orgulho naquilo que fazia mas, ...ultimamente, Para lhe ser muito sincero já estava a ficar um pouco cansado de ter tanta responsabilidade em “cima das minhas costas” ☹ [...] este pessoal novo já não é como éramos antigamente. Chega e já sabe tudo ... é muito pouco humilde e alguns [...]. nem sei o que andaram a fazer tantos anos na escola! Em termos de educação, deixa muito a desejar! Recordo-me que quando iniciei a minha vida profissional não era, nem de longe, como são estes meninos e meninas de hoje. Parece que já nasceram arrogantes, sabem tudo e se lhe dizemos alguma coisa ... alguns... só lhes falta saírem a correr para irem para o colinho da mamã. Se calhar, são lhes dadas muitas facilidades na vida [...] Eles não se apercebem o que é, efectivamente, a vida! [...] com as facilidades que agora se começam a ver... qualquer dia já nascem com o “canudo na mão” (diploma) ☺ (I₇)

(Cansaço/ Insatisfação)

Outras motivações, desta vez externas ao contexto laboral, parecem ter exercido um idêntico efeito. O excerto da narrativa de I₁₁ traduziu esta perspectiva quando, para além do cansaço revelado, colocou em evidência o facto da família ter passado a constituir uma das suas prioridades em termos de objectivos de vida.

“Fiz o que tinha a fazer [...] já estava saturado do que fazia. Sabe o que é estar a atender reclamações todos os dias. Para o fim, quem reclamava já era eu ☺ [...] e o que queria era mesmo vir para casa, para cuidar do meu neto ... e protege-lo [...]” (I₁₁)

(Cansaço)

A.3) Significados Dualísticos

Em certas narrativas, a dualidade do significado atribuído ao contexto laboral tornou-se manifesta. Se, por um lado, algumas passagens revelaram a atribuição de um significado positivo (pela satisfação que detinham com o contexto laboral, pelo facto de não manifestarem vontade de “entrar na reforma” ou por outras manifestações), por outro lado, o facto de se terem demonstrado pouco motivados ou mesmo de se terem visto obrigados a “entrar na reforma” (pelo facto de terem sido dispensados ou despedidos do seu trabalho, de o seu estado de saúde já não permitir a continuidade no exercício ou por outros motivos), terá estado na base dos significados negativos que foram encontrados. Essa simultaneidade de significados originou o subtema *Significado dualístico* e, conforme se poderá verificar nos excertos que se passam a apresentar, estes revelam características que incorporaram alguns dos significados anteriores.

O excerto da narrativa de I₅ ilustra este significado dualístico quando, decorrente da sua análise, se verificou que ainda que tivesse revelado satisfação pelo trabalho que exercia e que durante o seu exercício tivesse investido no desenvolvimento do mesmo (expressa pelo empenho demonstrado em fazer a integração de novos elementos), a situação de se ter sentido “usado” e depois dispensado (expressa pela revolta que as suas palavras apresentaram), terá originado um desconforto que o fez reformular a sua atitude e, conseqüentemente, levado a alterar o significado que detinha sobre o seu contexto laboral.

“Bem... eu não queria reformar-me mas, fui um pouco forçado a isso. Pessoas mais novas, ditas “doutores” [...] que até sabiam bem menos do que eu ☺, vieram ...e, de repente, acharam-se superiores. Tomaram o meu lugar, só porque tinham uma licenciatura, um mestrado ... ou lá como isso se chama! [...] mesmo assim fui eu é que lhes ensinei tudo... apresentei-lhes as pessoas, disse-lhes como haviam de fazer... Enfim fiz-lhes a papinha toda e, no final, deram-me um chuto no traseiro. [...] Ainda me quiseram fazer um jantar de despedida mas, ... «eu nunca quis saber disso» ☹️. Demonstrei, sempre, indisponibilidade! ☺ (I₅)

(Satisfação/Insatisfação)

A narrativa de I₁₄ retratou uma situação semelhante à anterior. Revelando uma idêntica satisfação com o seu trabalho, o motivo que originou a “entrada na reforma” deste indivíduo (redução do número de efectivos, na empresa onde trabalhava) terá alterado o significado que passou a dar ao seu contexto laboral e, conseqüentemente, a atribuição dualística, que lhe fez.

“Eu gostava imenso do que fazia. Já há muitos anos que era responsável pelo departamento de contabilidade daquela empresa e passei muitas noites a trabalhar para eles. Não se faz o que me fizeram ☺ mas, ... também não se ficaram a rir. Não passei uma única informação sobre o trabalho. «Quem ficou teve de se desenvencilhar!» 🙄<☺ (I₁₄)

(Satisfação/Insatisfação)

A narrativa de I₉ permitiu verificar outra situação. Desta vez, embora manifestando satisfação pelo contexto laboral no qual exercia, os efeitos lesivos que este produzia no seu estado de saúde terão originado a atribuição dualística que a ele lhe fez.

“«Eu só me reformei porque tinha mesmo de ser» 🙄> porque, na verdade, eu não o queria fazer...mas as dores eram muitas [...]. Fiz milhões de quilómetros por essa estrada fora [...] até costumava dizer que era um homem de todos e de ninguém ... enfim do mundo. O volante era o meu fiel amigo. Tive longas conversas e desabafo com ele [...]” (I₉)

(Saúde afectada/Estimulo)

A narrativa de I₁₂ apresentou outra perspectiva, cujo carácter parece ser frequente: a situação de saturação e de algum “desgaste” que longos anos de exercício poderão exercer nos trabalhadores. No caso em questão, também o facto do cônjuge já se encontrar reformado terá contribuído para esta dualidade de significado.

“Não é que não gostasse do meu trabalho «porque até gostava imenso do que fazia» 🙄< mas, ... ultimamente já estava a ficar cansada. Trabalhei muitos anos naquela repartição e até éramos como uma família mas, cheguei a um ponto de saturação e ultimamente já me custava levantar para ir trabalhar [...] o meu marido também já estava reformado, por isso eu queria vir-lhe fazer companhia”
☺ (I₁₂)

(Satisfação/Cansaço)

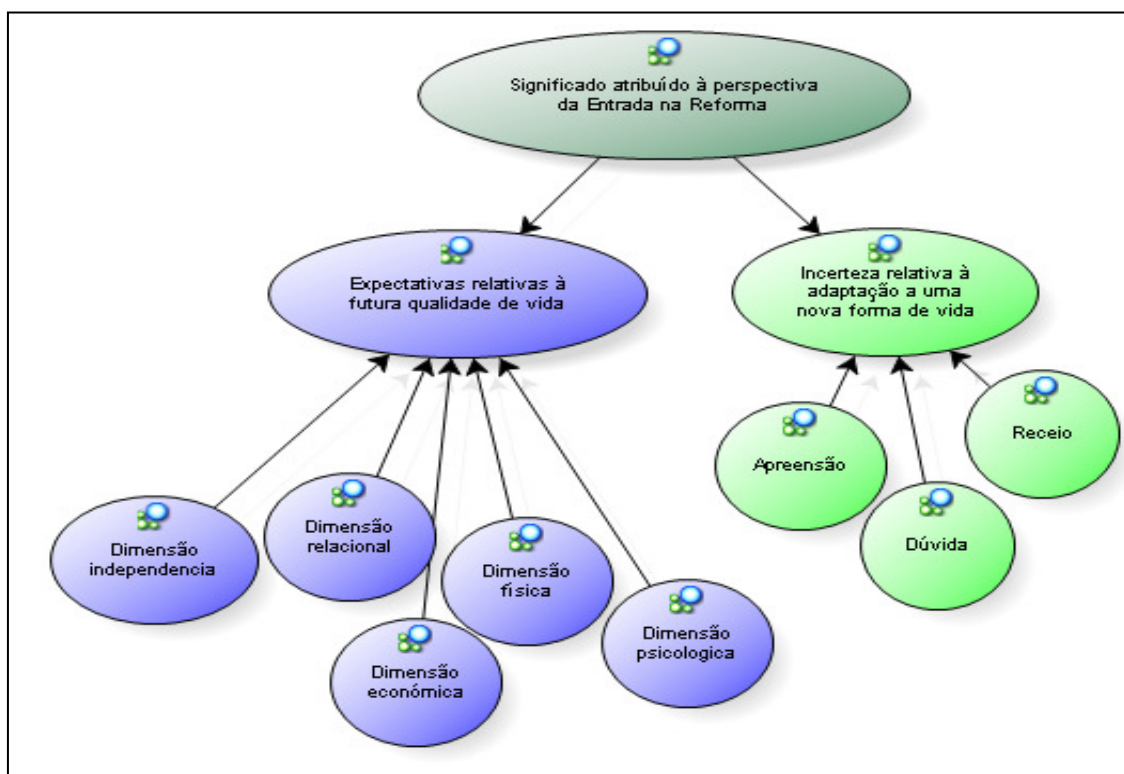
B) Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”

O conhecimento de que um dos seus elementos iria “entrar na reforma” foi motivo para que todos os constituintes da família iniciassem um processo de construção de novos significados. As narrativas foram explícitas nesse sentido, quando se verificou que prevaleceu uma atitude reflexiva sobre quais viriam a ser os efeitos desta mudança no “eu” e nos “outros”, independentemente de ser ou não o protagonista desse acontecimento.

Da referida análise resultou o tema *Significado atribuído à decisão da “entrada na reforma”*, que por sua vez revelou a existência dos seguintes sub-temas (Figura 18):

- B.1) Significados de expectativa relativa à qualidade de vida futura
- B.2) Significados de incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida

Figura 18 – Sub-temas relativos ao tema *Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”*



B.1) Significados de expectativa relativa à futura qualidade de vida

A qualidade de vida diz respeito a um inúmero conjunto de factores que, directa ou indirectamente, interferem na percepção que os indivíduos apresentam relativamente à forma como vivem, sentem e percebem o seu quotidiano. Com base nesta mesma perspectiva, a WHOQOL Group (*apud* WHO, 1998:17) refere: *“It is a broad ranging concept, incorporating in a complex way a person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to salient features of the environment.”*

Da análise das narrativas transpareceu que algumas das famílias estudadas previam que a sua qualidade de vida iria mudar após a “entrada na reforma” de um dos seus elementos tal fazendo notar-se, essencialmente, nas dimensões: “*Física*”, “*Psicológica*”, “*Relacional*”, “*Económica*” e de “*Independência*”.

Contudo, embora partilhassem dessa mesma perspectiva, esta nem sempre foi tida de igual forma por todas as famílias e, dentro de uma mesma família, por todos os seus elementos. Decorrente desta divergência, verificou-se então que as suas narrativas nem sempre se reportaram às mesmas dimensões ou ao mesmo sentido de mudança. Tendo, este último, tomado um carácter dicotómico [sentido de ganho de qualidade de vida ⁽⁺⁾ ou sentido de perda de qualidade de vida ⁽⁻⁾].

Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam descrevem o referido quadro e para darem a conhecer os significados que nelas foram proferidos, as mesmas serão classificadas em função das dimensões e do respectivo sentido de mudança. Ainda, relativamente a esta mesma apresentação, faz-se saber que: primeiramente, serão expostos os casos de famílias em cujos elementos manifestaram uma homogeneidade de orientação de significados (idênticos sentidos de mudança) e posteriormente, aqueles casos em que nos elementos da família se verificou uma heterogeneidade de orientação de significados (diferentes sentidos de mudança).

Casos de Homogeneidade

Os excertos das narrativas agora apresentadas reportam-se àquelas famílias em que se verificou que os seus elementos revelaram um idêntico sentido de mudança, nas várias dimensões em que previam alteração da sua qualidade de vida após a “entrada na reforma”. Pela análise efectuada, foi possível verificar que as dimensões mais salientadas relacionaram-se com a saúde física, com a saúde psicológica e com o relacionamento familiar e, tendo estas tomado sempre o sentido positivo, tal achado terá denotado que seria com uma expectativa positiva que estas famílias aguardavam por este acontecimento de vida.

Família 1

“Muito sinceramente não estava cansada do trabalho que realizava. O que deixava mais cansada era o clima organizacional que se vivia [...] a minha cabeça já não “parava” um bocadinho À noite queria dormir e não conseguia. Era horrível, acho que já nem me chegava a deitar [...]. Com a minha reforma esperava deixar isso tudo para trás... [...] ter mais tempo para mim e [...] também, como o meu marido que já estava reformado, ter mais tempo para estar com ele ☺” (I₁)

Dimensão Física⁽⁺⁾/ Dimensão Psicológica⁽⁺⁾/ Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“Senti que os últimos tempos já lhe foram algo penosos. Não sei se pela quantidade de trabalho que lhe era exigida, se pela diversidade ou se pelas “guerrilhas” que eram travadas em ambiente laboral, ...☺ uma coisa é certa, ela andava muito ansiosa... não dormia e só falava do mesmo ... enfim ☺. Quando viu a oportunidade de entrar na reforma, nem pensou duas vezes. A sua perspectiva era a de deixar tudo para trás e de finalmente viver a vida! (C₁)

Dimensão Física⁽⁺⁾/ Dimensão Psicológica⁽⁺⁾

Família 4

“Sentia logo um alívio, só de pensar que me iria reformar! Eu já não conseguia sobreviver daquela maneira... Ainda pensei arranjar outro emprego mas, quem é que empregaria uma mulher da minha idade e com as mãos, no estado em que eu as tenho ☺” (I₄)

Dimensão Física⁽⁺⁾

“Via o esforço da minha mãe ...às vezes, até mesmo o desespero, por querer entregar as encomendas a tempo e não poder. Acho que, se existiam pessoas que deveriam ser reformadas de forma antecipada, a minha mãe era uma delas ...seguramente [...] talvez com a reforma ela tivesse mais descanso [...]” (D₄)

Dimensão Física⁽⁺⁾

Família 7

“...na eminência de continuar a esgotar a minha cabeça e de vir para a rua com as “mãos a abanar” (perda de poder económico) nem pensei duas vezes [...] depois de todo o caminho percorrido tinha a expectativa de passar a viver sem dificuldades e de fazer aqueles passeios [...] com que sempre tínhamos sonhados (I7).

Dimensão Económica⁽⁺⁾ / Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“O meu marido sempre foi um pouco negativista! ☺ Olhando para trás e recordando as dificuldades que vivemos, eu até o percebo um pouco. A minha expectativa era a de que essa atitude melhorasse...e que passasse a ser menos ansioso consigo próprio e com os que o rodeavam” ☺ (C7)

Dimensão Psicológica⁽⁺⁾ / Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“Este rapaz viveu sempre para a família. Acho que a sua perspectiva de reforma era a de passar a ter mais tempo para ela” (A7)

Dimensão Relacional⁽⁺⁾

Família 8

“O meu trabalho era muito exigente em termos intelectuais. E não só... Também exigia muito rigor e concentração e poder de decisão rápida.... Era muito stressante. Na maioria das vezes, vinha para casa ainda com o barulho dos monitores na cabeça....o meu desejo era que esses apitos saíssem da minha cabeça...e que a minha tensão descesse ☺” (I8)

Dimensão Física⁽⁺⁾ / Dimensão Psicológica⁽⁺⁾

“A minha expectativa era de que o meu marido estivesse mais próximo da família e felizmente essa realidade confirmou-se! ☺ Também receava pelo seu estado de saúde, ... como era médico, achava que se sabia tratar...mas, ultimamente a sua tensão andava muito descontrolada...☹” (C8)

Dimensão Relacional⁽⁺⁾ / Dimensão Física⁽⁺⁾

Casos de Heterogeneidade

Em algumas famílias, foi evidente a heterogeneidade que os seus elementos atribuíram à expectativa da futura qualidade de vida. Os excertos das narrativas a seguir apresentadas revelaram esta situação, pela dissonância de orientação de significados que na mesma família se encontrou. Mas, ainda que essa divergência se tenha manifestado, foi interessante verificar que algumas dimensões tomaram sempre o mesmo sentido. Tal sucedeu com a “dimensão física” (que, pelo facto de ter sido sempre manifestada de forma positiva, fez notar que todos os indivíduos previam ganhos nesta área após a “entrada na reforma”), com a “dimensão independência” e com a “dimensão económica”

(que, por se terem revelado sempre de forma negativa, fizeram transparecer alguma apreensão relativamente à qualidade de vida futura).

Família 2

“[...] não sei se viria para uma vida melhor [...] sabia que, em casa, estavam à minha espera [...] isso criava-me uma certa angústia... «uma certa percepção de dependência que, sinceramente, não me agradava nada» (I₂)

Dimensão Psicológica⁽⁺⁾

“[...] mas, simultaneamente, era com muita expectativa que esperava que o meu marido se reformasse... Depois de toda a azáfama de criar os filhos, esperava finalmente ter tempo para sair com ele e conhecer algumas cidades do interior, que ainda hoje não conheço” (C₂)

Dimensão Psicológica⁽⁺⁾/ Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“[...] talvez assim o meu filho pudesse estar mais tempo comigo... e fazer-me mais companhia [...]” (A₂)

Dimensão Psicológica⁽⁺⁾/ Dimensão Relacional⁽⁺⁾

Família 9

“Ultimamente, as dores eram insuportáveis... já nem com analgésicos as fazia abrandar. Chegava mesmo andar com emplastos ...e muitas das vezes, nem assim! Com a entrada na reforma perspectivava uma melhoria desta situação. E, melhorou! Mas, ... acho que, ainda assim me sentia melhor quando trabalhava [...] pelo menos, não tinha ninguém para me chatear [...] agora sinto-me preso...sinto-me como um passarinho que foi metido na gaiola...” (I₉)

Dimensão Física⁽⁺⁾ / Dimensão Relacional⁽⁺⁾ / Dimensão Independência⁽⁺⁾

“Quando ele me disse que se ia reformar [...], fiquei contente por saber que o iria ter por perto mas, também, fiquei preocupada porque já previa que ele iria ficar aborrecido por estar em casa [...]” (C₉)

Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“Eu já nem digo nada ... eu sempre cresci no meio de discussão [...] as coisas costumavam acalmar um pouco à segunda-feira, quando o meu pai partia mas, chegado a quinta-feira 5ª feira à noite, logo começava a confusão. Muito sinceramente, quando o meu pai disse que se ia reformar logo pensei que os meus pais se iriam separar [...] mas, essa decisão era importante para a sua saúde (D1₉)

Dimensão Relacional⁽⁺⁾ / Dimensão Física⁽⁺⁾

“[...]”(D2₉)

Família 12

“[...] e quando pensava como iria ser quando me reformasse, sonhava sempre que passaria a ter mais tempo para mim e para sair com o meu marido...” (I₁₂)

Dimensão Independência⁽⁺⁾/ Dimensão Relacional⁽⁺⁾

“[...] sempre disse que a decisão era dela mas, que não pensasse que eu estaria aqui para a “apajar”...☺ [...] tinha a minha vida e também não nadávamos em dinheiro para andar por aí a passear!” (C₁₂)

Dimensão Relacional⁽⁺⁾/ Dimensão Económica⁽⁺⁾

B.2) Significados de incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida

Um certo estado de incerteza marcou a percepção de algumas das famílias participantes, no momento que antecedeu a decisão de “entrada na reforma” tomada por um dos seus elementos. Decorrente do desconhecimento do efeito que o referido processo de transição lhes poderia vir a causar no futuro, esta emergiu nas suas narrativas pela revelação de dúvida (*O que nos vai acontecer?*), de apreensão (*Como nos vai acontecer?*) e ainda, por vezes de forma bem explícita, de um certo receio (de perda) (*O que vamos perder?*). As duas primeiras relacionaram-se essencialmente com a forma e o modo de ocorrência da referida adaptação mas, no que diz respeito ao receio, este esteve essencialmente ligado à percepção de perda de saúde, de poder económico, de *status*, de relação social ou, ainda, à possível perda de controlo sobre a sua própria vida (auto-controlo) ou sobre a vida dos outros (hetero-controlo).

Os excertos das narrativas a seguir apresentadas ilustram o referido estado de incerteza e pela análise das mesmas, uma vez mais se verificou que entre os vários elementos de uma mesma família foram atribuídos diferentes significados relativamente à vivência do mesmo acontecimento de vida. Ainda, pelo facto destes significados terem diferido em termos de qualificação, esta mesma atribuição veio revelar a natureza da interacção simbólica que no referido momento se estabelecia entre os seus elementos.

Família 2

“[...] não sabia bem o que o que me iria acontecer mas, na eminência de perder dinheiro, tomei esta decisão. [...] Com esta alteração da lei, tive medo de perder as minhas regalias [...] fala-se tanto que, qualquer dia já nem vamos ter direito à reforma!” ☹ (I₂)

Receio relativo à sua perda de poder económico

“[...] a minha maior preocupação era a de ele (I₂) não se adaptasse à reforma... não sabia como é que ele iria ocupar o seu tempo [...] e medo que ele viesse cá para casa dar-me ordens ☺ [...]” (C₂)

Apreensão relativa à não adaptação do cônjuge
Receio de perda de auto-controlo

“[...] mas temi pelo seu futuro (I₂)... Entrar na reforma é sinal de que se está a envelhecer... «e depois vêm as doenças ...» ☹ (A₂)

Receio relativo à perda de saúde do filho

Família 3

“Eu pensava que viria para casa para cuidar dos meus netos «mas, infelizmente, eles ainda não chegaram...» ☹ (I₃)

Apreensão relacionada com a expectativa do desenvolvimento familiar

“[...] o meu marido sempre foi assim... já na altura eu lhe dizia que isso não lhe dizia respeito. Os casais agora querem viver a vida e ele não podia esperar que os filhos lhe fizessem a vontade só porque ele se ia reformar... ☺ (C₃)

Apreensão relacionada com a ansiedade do cônjuge

Família 5

“Eu já temia isto ... [...] que viria a perder a minha rede de contactos. Sabe [...] quando estamos nos lugares, é uma coisa, mas, quando saímos ... parece que já não existimos ☹... [...] passamos de Doutores a Senhores... ☹ (I₅)

Receio relativo à sua perda de relação social
Apreensão relativa à sua perda de status

“O meu marido estava demasiadamente ligado ao trabalho..., por isso quando ele me informou que ia para a reforma ... «fiquei logo a pensar como iria ser o nosso futuro» ☹ (C₅)

Apreensão relativa à estabilidade familiar

“Nem me quero lembrar... fiquei apavorada ☹ [...] sempre duvidei que o meu pai mudasse e que o ambiente cá em casa ... «também mudasse» ☹ (D₅)

Dúvida relativa à estabilidade familiar

Família 8

“... e tive medo de vir para casa e envelhecer, rapidamente! [...] sempre tive uma grande equipa para liderar e sempre fui tido como essencial para a sua dinamização [...] e, muito sinceramente, ...não me revia naquele papel de velhinho a jogar à malha na rua [...]” (I₈)

Receio relativo à perda de auto e hetero-controlo
Dúvida relativa ao seu desempenho no futuro

“Depois de longos anos de hospital e de uma vida tão agitada..., eu não via o meu marido a vir para casa... [...] na altura cheguei a temer pela sua adaptação...! ☺ (C₈)

Receio relativo à adaptação do cônjuge

Família 9

“Antes de me reformar pensei duas vezes [...] Estando mais por cá (em casa), receava que a minha vida se tornasse ainda mais difícil [...] sem os amigos [...] parece que, até já adivinhava que a minha mulher me iria infernizar a vida!” (I₉)

Receio relativo à perda de auto-controlo
Receio relativo à perda de relação social

“Quando ele me disse que se ia reformar, fiquei em pânico [...] Estava habituada a ter a minha rotina e tive medo que ele nos viesse chatear” (C₉)

Receio relativo à perda de hetero-controlo

“[...] então quando soube que o meu pai se ia reformar tive medo que a sua vinda me viesse tornar a vida ainda mais difícil!” (D1₉)

Receio relativo à perda de auto-controlo

“[...] como meu pai nunca soube de nada o que se passava cá em casa..., fiquei a pensar como seria com a sua vinda e como ele se iria adaptar” ☺ (D2₉)

Apreensão relativa à estabilidade familiar
Apreensão relativa à adaptação do pai

Família 14

“[...] tive algum medo de não me adaptar ... a minha relação com o trabalho era muito forte e eu gostava mesmo daquilo que fazia..... na verdade a minha expectativa não era lá muito boa ... nem sabia como iria viver sem ele (o trabalho)! ☺” (I₁₄)

Receio relativo à sua adaptação
Dúvida relativa à sua futura ocupação

“Ele era de tal maneira dedicado ao trabalho que, naquele momento cheguei a recear pela sua sanidade mental [...] muito sinceramente, nem me quero recordar da angústia que vivenciámos naquele tempo por não sabermos o que nos iria acontecer [...] !☹” (C₁₄)

Receio relativo à adaptação do cônjuge
Apreensão relativamente ao futuro

2.2. A VIVÊNCIA APÓS A “ENTRADA NA REFORMA”

Após a “entrada na reforma”, as famílias viram-se confrontadas com uma nova realidade. Ainda que o referido acontecimento de vida tenha sido protagonizado por um dos seus elementos, a verdade é que terá sido responsável por um fenómeno de transição que conduziu a um conjunto de processos de adaptação, ao qual nenhum dos seus elementos terá sido escusado. Esta percepção tornou-se evidente nas narrativas analisadas e ainda que essas famílias pudessem encontrar-se em diferentes fases desse mesmo processo (contudo, não muito dispares porque existiu essa preocupação na selecção das famílias participantes), muitos dos significados atribuídos à vivencia deste período, foram convergindo. Dessa convergência obtiveram-se os seguintes temas e sub-temas (Figura 19):

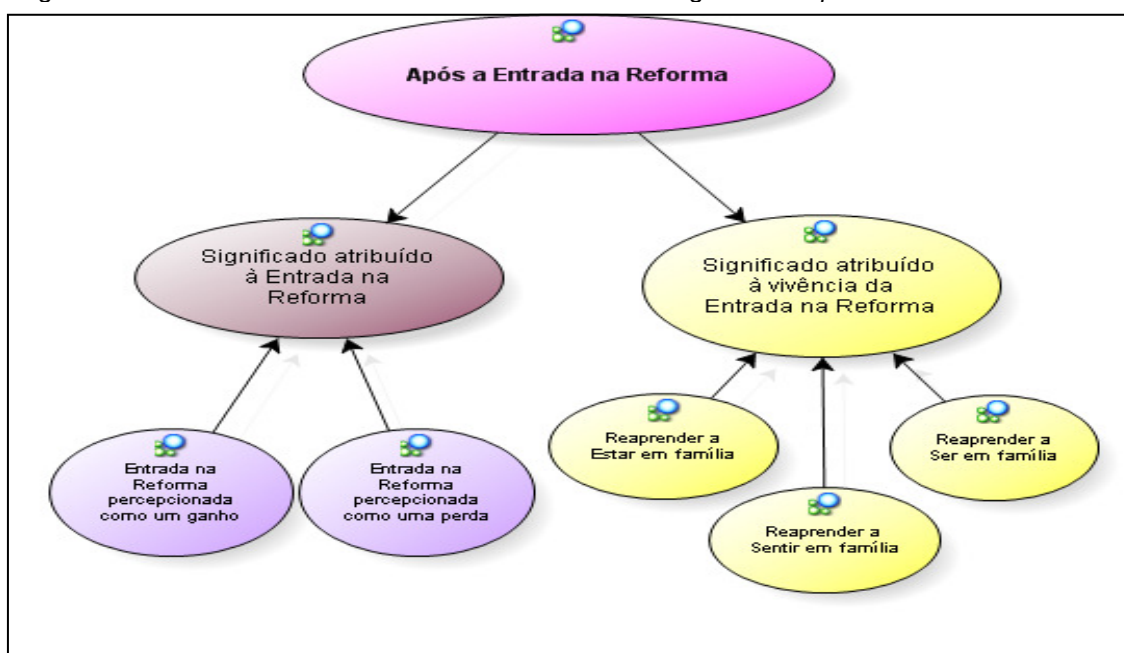
A) Significado atribuído à “entrada na reforma”

- A.1) A “entrada na reforma” percebida como um ganho
- A.2) A “entrada na reforma” percebida como uma perda

B) Significado atribuído à vivencia da “entrada na reforma”

- B.1) Reaprender a *estar em família*
- B.2) Reaprender a *sentir em família*
- B.3) Reaprender a *ser em família*

Figura 19 – Temas e sub-temas relativos à unidade de significado *Após “entrada na reforma”*



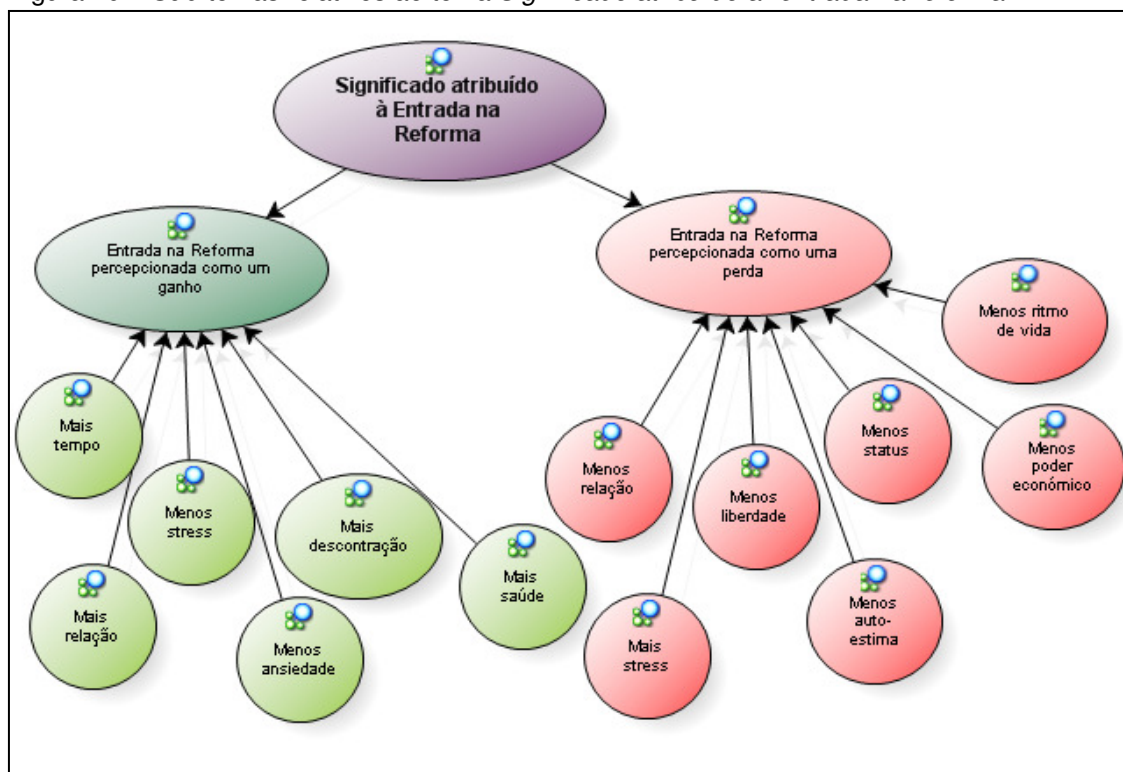
A) Significado atribuído à “entrada na reforma”

Com a “entrada na reforma”, as famílias passaram experimentar a real vivência deste acontecimento de vida. Se, até à data, os significados que lhe tinham atribuído não passavam de meras expectativas relativamente ao futuro que os aguardava, a partir desse momento os mesmos constituíram o resultado da sua efectiva vivência. As narrativas analisadas assim o fizeram notar e, dessa mesma tarefa, ficou evidente que se algumas vivências já seriam esperadas, outras, por não terem assumido um idêntico carácter, terão levado à emissão de novos significados. Todavia, independentemente de serem ou não esperadas, o confronto das expectativas do passado com as vivências do presente (Antes/Após) tornou-se manifesto em todas as narrativas e foi desse mesmo confronto que resultaram os vários significados que se identificaram com a percepção de ganho e/ou de perda, para as suas vidas. Desta constatação, emergiram então os sub-temas (Figura 20):

A.1) A “entrada na reforma” percebida como um ganho [assinaladas com (+)]

A.2) A “entrada na reforma” percebida como uma perda [assinaladas com (-)]

Figura 20 – Sub-temas relativos ao tema *Significado atribuído à “entrada na reforma”*



No decorrer da análise das narrativas, verificou-se ainda que os significados positivos (ex. mais tempo, mais relação, menos stress) e os significados negativos (ex. menos poder económico, menos liberdade) afluíram em simultâneo. Esta característica não se evidenciou apenas em diferentes elementos da família mas, de igual forma, naquelas que se reportavam a um mesmo elemento.

A opção pela forma de apresentação que a seguir se realiza decorreu da anterior constatação e, também, do entendimento de que seria uma mais valia fazer transparecer a confrontação que as famílias realizaram, relativamente ao significado que atribuíram à “entrada na reforma”, no “antes” e “após” a ocorrência desse acontecimento de vida. De modo a não a tornar demasiadamente exaustiva, optou-se ainda por cingir a mesma aos casos que melhor ilustraram os significados que tinham sido atribuídos antes da “entrada na reforma” (significados positivos e significado dualista) e os significados que lhe passaram a ser atribuídos após a “entrada na reforma” (que conforme se irá ter a oportunidade de verificar tomaram sempre um significado dualista). Com base nesta premissa, a apresentação será efectuada mediante:

- *Significado positivo (Antes) / Significado dualístico (Após)* – reportando aos casos cujas narrativas atribuíam exclusivamente significados positivos à “entrada na reforma” (antes da sua vivência) e lhe passaram a atribuir um significado dualístico (após a sua vivência);

- *Significado dualístico (Antes) / Significado dualístico (Após)* – reportando aos casos cujas narrativas atribuíam um significado dualístico à “entrada na reforma” (antes da sua vivência) e que continuaram a atribuir um significado dualístico (após a sua vivência).

Significado positivo (Antes) / **Significado dualístico** (Após)Família 1

Os elementos da família 1 perspectivavam de forma positiva a vivência que viriam a ter após a “entrada na reforma”. Os significados contidos nas suas narrativas assim o revelavam, quando aludiam à possibilidade deste acontecimento vir a possibilitar a ocorrência de ganhos para as suas vidas, designadamente, nas das dimensões “física”, “psicológica” e “relacional”.

Num momento posterior ao referido acontecimento de vida, verificou-se que a vivência destes indivíduos passou a ser percebida de uma forma dual, isto é entre, percepções simultâneas de perda e de ganho. Este registo foi evidente na narrativa de I₁ quando, apesar de ter tornado evidente o significado de ganho atribuído ao referido acontecimento de vida (pela diminuição da angústia e pelo ganho em saúde que passou a deter); a saudade e a perda de relacionamento, por si referidas, evidenciaram a coexistência de uma percepção de perda.

Idêntica situação foi encontrada na narrativa de C₁. Ainda que tenha vindo a corroborar alguns dos ganhos mencionados pela cónjuge, a conjunção “*mas*”, expressa em determinada altura da sua narrativa, foi o primeiro indício de que o referido ganho não teria sido único.

De resto, a continuidade do excerto da sua narrativa veio a confirmar esse mesmo facto quando, reportando-se ao mesmo acontecimento, atribuiu significados de perda (nomeadamente, quando proferiu que a sua mulher passou a apresentar características que se identificavam com uma certa diminuição de *eutress*, que terá influenciado a conduta que passou a deter). Neste elemento, é ainda de destacar o significado de perda relacionado com o facto de se sentir impotente para ajudar a sua cónjuge.

Momento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₁	<p>“Muito sinceramente não estava cansada do trabalho que realizava. O que me deixava mais cansada era o clima organizacional que se vivia [...] a minha cabeça já não “parava” um bocadinho Á noite queria dormir e não conseguia. Era horrível, acho que já nem me chegava a deitar [...]. Com a minha reforma esperava deixar isso tudo para trás Dimensão Física⁽⁺⁾ Dimensão Psicológica⁽⁺⁾ [...] ter mais tempo para mim e [...] também, como o meu marido que já estava reformado, ter mais tempo para estar com ele” ☺.</p> <p>Dimensão Relacional⁽⁺⁾</p>	<p>“Foi bom ter-me reformado... porque aquela angustia que não me deixava descansar, passou Saúde⁽⁺⁾ [...] mas, o meu gosto pela leccionação nunca me abandonou e é sobre esse que ainda hoje sinto saudades... [...] o convívio com alguns dos meus colegas ainda me deixam muitas saudades [...] às vezes sinto alguma pena porque perdi algum contacto com a vida do dia-a-dia Relação⁽⁺⁾ mas, outras vezes ... por aquilo que ouço, não me arrependo nada, «nada mesmo» 🙌 > ☺ 🙌 🙌”</p>
C ₁	<p>“Senti que os últimos tempos já lhe foram algo penosos. Não sei se pela quantidade de trabalho que lhe era exigida, se pela diversidade ou se pelas “guerrilhas” que eram travadas em ambiente laboral, ...☺ uma coisa é certa, ela andava muito ansiosa... não dormia e só falava do mesmo ... enfim ☺. Quando viu a oportunidade de entrar na reforma, nem pensou duas vezes. A sua perspectiva era a de deixar tudo para trás e de finalmente viver a vida! ...e acho que esse era também o meu desejo ☺ Dimensão Física⁽⁺⁾ / Dimensão Psicológica⁽⁺⁾</p>	<p>“Bom... a minha perspectiva era a de que existisse uma maior tranquilidade por parte da minha mulher. [...] veio a verificar-se Stress⁽⁻⁾ mas,... não sei se ela (cônjuge) se tornou numa mulher mais feliz! Está diferente! Continua a ser uma excelente companheira mas, por vezes considero, que está triste, um pouco desorientada e até comum pouco de desalento [...] parece que lhe falta um pouco “daquelas pilhas” que a movia...☺ Ritmo⁽⁻⁾ «Por vezes, chego mesmo a considerar que a minha mulher era mais feliz quando trabalhava» 🙌 <”</p>

Família 4

A família 4 apresentava uma expectativa positiva relativamente à vivência que viria a ser despoletada pela “entrada na reforma”. Contudo, quando passaram a vivenciar essa transição, tal percepção veio a alterar-se e a percepção de ambivalência emergiu. Os significados contidos nas narrativas dos seus elementos evidenciaram esse facto quando se identificaram com os sub-temas: “ganho” (ex. I₄: *as minhas mãos ainda me dão que fazer mas, não se compara com aquela época ...agora doem-me muito menos*”; D₄: *“...e não tenho dúvidas que foi a melhor coisa que poderia ter acontecido à minha*

mãe”) e “perda” (I₄: “mas agora sinto-me mais triste porque tenho menos contacto com as pessoas”; D₄: “... sinto que ela agora está mais isolada [...] o trabalho sempre lhe proporcionava alguma convivência que agora perdeu”).

Um outro aspecto que se evidenciou nas narrativas desta família foi o facto de os seus elementos terem atribuído idênticos significados a esta vivência. Tal situação poderá ter sido decorrente da proximidade relacional que se estabelecia entre os mesmos.

Momento Elemento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₄	“Sentia logo um alívio, só de pensar que me iria reformar! Dimensão Física ^(*) Eu já não conseguia sobreviver daquela maneira... Ainda pensei arranjar outro emprego mas, quem é que empregaria uma mulher da minha idade e com as mãos, no estado em que eu as tenho ☹”	“Para mim foi bom... as minhas mãos ainda me dão que fazer mas, não se compara com aquela época [...] doem-me muito menos Saúde ^(*) [...] mas agora sinto-me mais triste porque tenho menos contacto com as pessoas e sinto falta desse convívio [...] Relação ^(*) ”
D ₄	“Via o esforço da minha mãe ...às vezes, até mesmo o desespero, por querer entregar as encomendas a tempo e não poder. Acho que, se existiam pessoas que deveriam ser reformadas de forma antecipada, a minha mãe era uma delas ...seguramente [...] talvez com a reforma ela tivesse mais descanso Dimensão Física ^(*) [...]”	“...e não tenho dúvidas que foi a melhor coisa que poderia ter acontecido à minha mãe [...] via que ela realmente não podia mais... Saúde ^(*) [...] tenho pena de não poder estar mais tempo com ela, porque ... sinto que agora está mais isolada ... [...] o trabalho sempre lhe proporcionava alguma convivência que agora perdeu Relação ^(*) ”

Família 11

Se não fosse a perda de poder económico, poder-se-ia dizer que a “entrada na reforma” teria constituído um acontecimento de vida do agrado de todos os elementos da família 11. Pela forma e frequência com que foi enunciado este significado de perda parece ter sido relevante para esta família. Neste domínio, torna-se interessante verificar a subtileza com que C₁₁ se reportou a este assunto. Ainda querendo colocar o neto e a sua felicidade “à frente”, a forma latente como este assunto surgiu no seu discurso (C₁₁: “[...] e para mim o dinheiro não é felicidade [...]”) terminou por revelar que, também para si, esta era uma preocupação que tinha em mente e um significado atribuído à “entrada na reforma”.

Momento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₁₁	“[...] e o que queria era mesmo vir para casa, para cuidar do meu neto ... e protegelo [...]” Dimensão Relacional ^(*)	“Por um lado foi bom porque passei a ter mais tempo para estar com o meu neto Relação ^(*) ...mas a dificuldade económica que me trouxe foi o pior Poder económico ^(*) ... de repente passamos a ser quatro e, quando meti os papéis nunca imaginava que isso poderia vir a acontecer. Vai dando porque tenho uma horta e alguns animais que vão ajudando mas, se não fosse isso ...”
C ₁₁	“..estava ansiosa que ele viesse para casa! Sabia que era do seu agrado porque «este nosso neto é mais do que um filho para ele» ☺ <” Dimensão Afectiva ^(*) / Dimensão Relacional ^(*)	“... e tudo sucedeu como esperava. Ele tornou-se num homem muito mais alegre e divertido Descontracção ^(*) [...] está sempre a jogar com o neto [...] às vezes a “reinar” até costume dizer que ganhei mais um netinho...☺! [...] e para mim o dinheiro não é felicidade e, graças ao Senhor, essa não falta cá em casa”!
D ₁₁	“[...] fiquei contente , claro! Também porque assim poderia estar mais perto do (x) (filho) mas, essencialmente porque sabia que essa era a sua vontade” Dimensão Afectiva ^(*) / Dimensão Relacional ^(*)	“...e foi bom para todos, só me preocupa as dificuldades que os meus pais estão a passar Poder económico ^(*) por nossa causa (a própria e o seu filho) [...] tenho um emprego em vista e penso que em breve, essa situação deverá melhorar!

Significado dualístico (Antes) / Significado dualístico (Após)Família 2

Os elementos da família 2 apresentavam uma expectativa dualística, relativamente à vivência que idealizam vir a ter após a “entrada na reforma”: enquanto, C₂ e A₂ perspectivavam esse acontecimento de forma positiva, I₂ apresentava algumas dúvidas relativamente àquele que viria a ser o seu futuro e essa percepção traduzia-se na atribuição de um significado negativo.

Quando se deu o referido evento e pelo facto dos seus elementos terem proferido epifanias cujos significados se identificaram com o subtema ganho (ex. I₂ “[...] foi um descanso, total! ☺ Acabaram-se as guerrilhas com a direcção; A₂ “[...] mas agora tenho o meu filho mais próximo de mim ... [...]”) e com o subtema perda (ex. I₂ “mas, cá em casa começou outra guerra”; C₂ “Saiu-me tudo ao contrário”), tal situação revelou que, de uma forma global, terão atribuído um significado dualístico a esta vivência.

Mas, ainda assim, a referida transição foi percebida de forma diferente pelos vários elementos desta família e o contraste verificado entre os significados proferidos pelos elementos C₂ e A₂, deixou bem evidente esta diferenciação. Por não ter conseguido realizar a sua expectativa, os significados proferidos pela primeira revelaram uma atribuição de perda à vivência deste acontecimento de vida. O mesmo já não aconteceu com a segunda, dado que tendo visto a sua expectativa concretizada, acabou por atribuir um sentido de ganho a esse mesmo acontecimento de vida.

A anterior situação poderá ter contribuído para a característica de dualidade que alguns significados adoptaram na narrativa de I₂; a dualidade assumida pelo significado stress foi ilustrativa desse facto.

Momento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₂	“[...] não sei se viria para uma vida melhor [...] sabia que, em casa, estavam à minha espera [...] isso criava-me uma certa angustia... «uma certa percepção de dependência que, sinceramente, não me agradava nada» ☹️<” Dimensão Psicológica⁽⁺⁾	“[...] foi um descanso, total! Descontracção⁽⁺⁾ ☺️ Acabaram-se as guerrilhas com a direcção Stress⁽⁻⁾ [...] mas cá em casa começou outra guerra Stress⁽⁺⁾ [...] a minha mulher não entende que temos de nos preparar para um futuro incerto [...]”
C ₂	“[...] mas, simultaneamente, era com muita expectativa que esperava que o meu marido se reformasse... Depois de toda a azáfama de criar os filhos, esperava finalmente ter tempo para sair com ele e conhecer algumas cidades do interior, que ainda hoje não conheço” Dimensão Psicológica⁽⁺⁾/Dimensão Relacional⁽⁺⁾	“Saiu-me tudo ao contrário ... Agora ele (marido) diz que não tem muito dinheiro Poder Económico⁽⁻⁾ , que podemos vir a precisar quando estivermos doentes e ... o facto de termos a minha sogra cá em casa também não nos deixa muito espaço para o fazer...☺️ Relação⁽⁻⁾ . Às vezes sinto-me triste ☹️ porque «julgo que deveria de ser um pouco recompensada por todo o trabalho que tive durante estes anos» ☹️< [...] mas, vai-se vivendo ...”
A ₂	“[...] talvez assim o meu filho pudesse estar mais tempo comigo... e fazer-me mais companhia [...]” Dimensão Psicológica⁽⁺⁾/Dimensão Relacional⁽⁺⁾	“[...] mas agora tenho o meu filho mais próximo de mim...☺️ [...]” Relação⁽⁺⁾

Família 5

A família 5 traduziu um caso diferente dos anteriores. À excepção dos proferidos pelo elemento protagonista, nas narrativas dos restantes elementos desta família não se encontrou qualquer referência relativamente à perspectiva da vivência que viriam a deter após a “entrada na reforma”. Esta inexistência, muito provavelmente, terá revelado que não estariam despertados para que este acontecimento viesse a suceder ou, pelo menos, não estariam informados de quando e como tal situação poderia ocorrer. A característica independente do exercício profissional do seu elemento (advocacia) poderá ter contribuído para esta situação mas, olhando para o tipo de relação sistémica que se estabelecia entre os seus elementos, também esta poderá ter propiciado a referida ausência.

Após a “entrada na reforma”, os significados atribuídos a este acontecimento de vida foram essencialmente de perda [I₅:Status⁽⁻⁾; C₅:Stress⁽⁺⁾; D₅:Relação⁽⁻⁾]. O significado positivo [Tempo⁽⁺⁾], proferido por I₅, foi o único que fez transparecer que o referido acontecimento terá adoptado uma característica dualística.

Momento Elemento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₅	<p>“[...] e com a reforma sempre esperei vir a ter mais tempo para fazer as minhas coisas.[...] os meus clientes ocupavam-me muito tempo e sabe, aquela vida de tribunal por vezes também não era fácil</p> <p>Dimensão Psicológica⁽⁺⁾ [...] ainda assim, temia pelo meu futuro «cá em casa» 🗑️<” Dimensão Relacional⁽⁻⁾</p>	<p>“Quando trabalhava era diferente...as pessoas cumprimentavam-me, telefonavam-me, convidavam-me para os eventos [...] eram só sorrisos e vénias. Desde que vim para casa, tudo se alterou. Agora passo na rua e são poucas as pessoas que me reconhecem... [...] Como já não precisam de mim, esquecem-se daquilo que eu fiz por elas.... Deixei de ser o Dr. (...) para passar a ser o Sr. (...) ... Status⁽⁻⁾ são uns ingratos! A sociedade em que vivemos é descartável: «é usar e deitar fora...» 🗑️>👋👋 [...] só tem uma coisa boa é que passei a ter mais tempo para me dedicar à numismática ...” Tempo⁽⁺⁾</p>
C ₅	[...]	<p>“Sabe o que é trabalhar que nem uma doida, chegar a casa e ainda ter tudo para fazer? Stress⁽⁺⁾ Nem o pão me é capaz de comprar! Ora uma mulher também se cansa...Eu já só lhe peço que não desarrume... Antigamente a minha filha ajudava mas agora, coitada, ...eu também me apercebo que ela não pode. Está muitas vezes fora, pois o trabalho assim lhe exige! E, como eu sempre gostei muito de ver a minha casa bem arranjadinha e limpinha, fico possessa quando me vejo com tudo por fazer. [...] o pior é que as outras parecem ser sempre melhor do que eu...☹️ Auto-estima⁽⁻⁾”</p>
D ₅	[...]	<p>“[...] avisei-a (mãe) que não esperasse muito do meu pai. Ele é uma excelente pessoa mas, não o via a fazer fosse o que fosse... [...] até já lhe tinha falado em pôr a empregada mais tempo [...] tem a mania de querer fazer tudo mas, a sua idade já não lhe permite fazer algumas acrobacias ☺️ [...] «já para não falar da relação entre os dois, que já previa que viesse a piorar» 🗑️<” Relação⁽⁻⁾</p>

Família 8

A família 8 constituiu um dos casos no qual se verificou que os seus elementos viam com alguma apreensão a vivência da “entrada na reforma”. O receio relativo à perda de auto e hetero-controlo (proferida por I₈) e a dúvida relativa à adaptação do cônjuge (proferida por C₈) foram indicativas desse sentimento e, simultaneamente, revelavam que a dimensão psicológica poderia vir a ser negativamente afectada com a sua chegada.

Mas, parece que esta percepção se alterou quando passaram a vivenciar o referido acontecimento de vida. Como que envolta num contexto de surpresa [dadas pelas expressões de I₈ (“[...] nunca pensei que [...]”) e de C₈ (“Foi uma agradável surpresa! Nunca pensei que ele iria reagir assim [...]”)], por se ter verificado que os significados de ganho se tornaram evidentes nas suas narrativas, tudo leva a crer que, numa fase posterior, a “entrada na reforma” tenha passado a ser percebida de forma positiva. Contudo, ainda que de uma forma discreta, a percepção de “perda” também se tornou evidente. Essa emergiu pelo significado de saudade, encontrado na narrativa de C₈.

Momento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₈	“... e tive medo de vir para casa e envelhecer, rapidamente! [...] sempre tive uma grande equipa para liderar e sempre fui tido como essencial para a sua dinamização [...] e, muito sinceramente, ...não me revia naquele papel de velhinho a jogar à malha na rua “.Dimensão Psicológica ⁽¹⁾ ”	“Muito sinceramente pensei que iria ser pior [...] depois daquele ritmo, nunca pensei que me iria adaptar...até este momento estou a gostar, passei a fazer outras coisas tais como: ir ao ginásio, caminhar mais pelas ruas, ir a alguns sítios com os meus netos aos quais já não me lembrar de ir... Descontracção ^(*) enfim ainda não deu para me cansar [...] sabe eu nunca fui um homem de estar parado «a apanhar mofo em casa» ☹️<...e como tal, tudo tenho feito para que isso não suceda [...]”
C ₈	“Depois de longos anos de hospital e de uma vida tão agitada..., eu não via o meu marido a vir para casa... [...] na altura cheguei a temer pela sua adaptação...! ☺️ Dimensão Psicológica ^(*) ”	“Foi uma agradável surpresa! Nunca pensei que ele iria reagir assim ...[...] Ficou mais tranquilo Stress ⁽¹⁾ , passou a cuidar mais da sua saúde Saúde ^(*) [...] sempre que posso, acompanho nas suas caminhadas... Relação ^(*) [...] ainda assim, sinto que por vezes sente saudade do seu local de trabalho [...] ele tenta não demonstrar mas não consegue esconder [...] Relação ⁽¹⁾ ”

Família 9

A família 9 foi mais um exemplo da atribuição de significados dualísticos (antes/após). A sua apresentação, neste subtema, veio no sentido de ilustrar um caso em que apesar do dualismo de significados se ter manifestado em ambos os momentos, os significados de ganho parecem ter sido mais evidentes com a vivência da “entrada na reforma” (após) do que antes do referido acontecimento (antes), no qual os significados negativos prevaleciam.

Momento Elemento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I ₉	<p>“Não sei se iria para melhor mas, já não aguentava com as dores [...] portanto a minha perspectiva era a de melhorar a minha a minha condição física Dimensão Física⁽⁺⁾[...] mas, receava que a minha vida se tornasse ainda mais difícil [...] em casa sem os amigos[...] Dimensão Psicológica⁽⁻⁾</p>	<p>“Ultimamente, as dores eram insuportáveis... já nem com analgésicos as fazia abrandar. Chegava mesmo andar com emplastos ...e muitas das vezes, nem assim! Com a entrada na reforma esta situação melhorou Saúde⁽⁺⁾ mas ... acho que, ainda assim me sentia melhor quando trabalhava ... «pelo menos não tinha ninguém para me chatear...Agora é um stress...Sinto-me preso... sinto-me como um passarinho que foi metido na gaiola [...]» 🙌🙌 😊 Liberdade⁽⁺⁾”</p>
C ₉	<p>“Quando ele me disse que se ia reformar, fiquei em pânico” Dimensão Psicológica⁽⁻⁾. Ele não era homem para estar em casa [...] e, tive medo que ele nos viesse chatear Dimensão Relacional⁽⁻⁹⁾</p>	<p>“...lá tem andado. Tem dias em que não se pode aturar mas, nós já sabemos como é e não lhe damos muita conversa [...] ainda assim é bom tê-lo por cá sempre é uma presença que nos deixa mais seguras [...] antigamente nunca sabíamos se ele estava bem Ansiedade⁽⁻⁾...«e depois andar na estrada é sempre um risco» 🚗 <</p>
D1 ₉	<p>“[...] então quando soube que o meu pai se ia reformar tive medo que a sua vinda me viesse tornar a vida ainda mais difícil! Isto porque a minha relação com ele já era difícil e agora que ele iria estar mais por cá...” Dimensão Relacional⁽⁻⁹⁾</p>	<p>[...]</p>
D2 ₉	<p>“[...] como meu pai nunca soube de nada o que se passava cá em casa..., fiquei a pensar como seria com a sua vinda e como ele se iria adaptar 😊[...] mas, também fiquei contente porque desta forma o seu estado de saúde iria melhorar” Dimensão Física⁽⁺⁾</p>	<p>“...as suas dores melhoram [...] é bom ter o meu pai por perto Relação⁽⁺⁾ ...às vezes eles discutem mas, eu já me habituei e ... «quando eles forem para velhotes já vão ter menos força para o fazer» 😊”</p>

Família 12

A família 12 constituiu outro dos casos no qual se verificou que os seus elementos atribuíram um significado dualístico, nos dois momentos confrontados. Contudo, a análise dos significados das suas narrativas deram conta que as expectativas (antes) e vivências decorrentes da “entrada na reforma” (após) de I₁₂ divergiram, notoriamente, entre os seus elementos.

Para a protagonista, a expectativa positiva que tinha atribuído a este acontecimento de vida (significados relacionados com a dimensão independência e relacional), passou a adoptar um cariz dualista por ocasião da sua efectiva vivência [significados de ganho (menor ansiedade e mais tempo) e significados de perda (desilusão e diminuição da auto-estima)].

O mesmo já não sucedeu com o seu cônjuge (C₁₂) que, relativamente à sua “entrada na reforma”, sempre preferiu significados negativos ou de perda. Tal situação terá denunciado que este acontecimento de vida não seria propriamente do seu agrado. A divergência de significados, encontrada nas narrativas deste subsistema conjugal, poderá ter sido consequência da relação ténue que se estabelecia entre eles. De resto, a inversão de significados e da linha de discurso, tomado por I₁₂, foram indiciadoras de que a referida relação tomara essas características.

Momento	Antes da “entrada na reforma”	Após a “entrada na reforma”
I₁₂	“[...] e quando pensava como iria ser quando me reformasse, sonhava sempre que passaria a ter mais tempo para mim Dimensão Independência ⁽⁺⁾ e para sair com o meu marido...” Dimensão Relacional ⁽⁺⁾	“Aquela ansiedade que sentia diminuiu Saúde ⁽⁺⁾ mas, ...sempre pensei que viesse a viver de outra maneira [...] no início tive uma sensação de inutilidade [...] percepcionei que as pessoas já não me ligavam porque não precisavam de mim Auto-estima ⁽⁺⁾ mas, depois dei a volta e arranjei que fazer [...] agora, que tenho tempo Tempo ⁽⁺⁾ , ajudo a minha filha, cuidando dos meus netos.”
C₁₂	“[...] sempre disse que a decisão era dela mas, que não pensasse que eu estaria aqui para a “apajar”...☺ Dimensão relacional ⁽⁺⁾ [...] tinha a minha vida e também não nadávamos em dinheiro para andar por aí a passear!” Dimensão Económica ⁽⁺⁾	“[...] a minha esposa queria que eu estivesse mais tempo com ela mas, eu tenho os meus afazeres...☺ Liberdade ⁽⁺⁾ [...] o nosso dinheiro também não é elástico Poder económico ⁽⁺⁾ [...]”

B) Significado atribuído à vivência da “entrada na reforma”

Ainda que expressos de uma forma oculta, os significados alusivos a processos de mudança e de adaptação constituíram as tónicas dos discursos narrativos que as famílias passaram a proferir após a efectiva “entrada na reforma”. Esta situação não constituiu surpresa, uma vez que o referido acontecimento terá exposto os seus elementos a novos contextos de interacção sistémica e decorrentes destes, inevitavelmente, terão emergido tais significados.

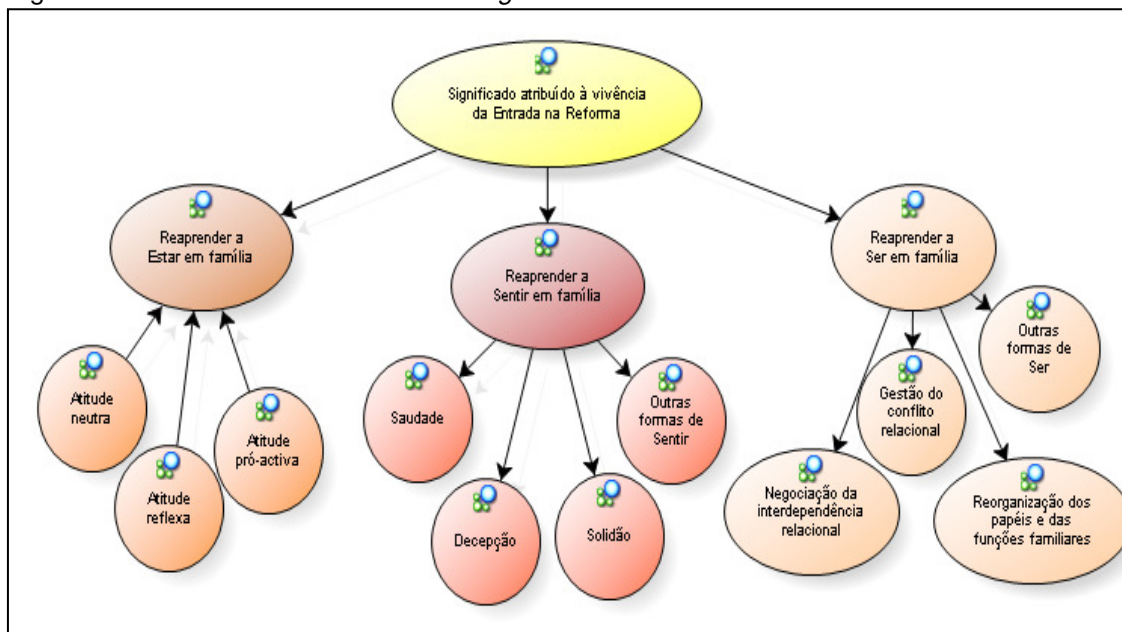
O mesmo já não foi possível referir, contudo, relativamente à tipologia de significados proferidos. A análise dos mesmos, em contexto de narrativa, permitiu verificar que na sua grande maioria se reportavam a emissões que se faziam acompanhar por uma certa característica de aprendizado. E, ainda que para muitos essa não tivesse constituído uma completa novidade, a verdade é que por terem sido resultantes de um fenómeno transicional, que a dado momento do seu ciclo vital os terá sujeitado a tal circunstância, o mesmo terá suscitado uma percepção de *reaprendizagem* em diversos processos das suas vidas.

Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam irão dar a conhecer algumas das reaprendizagens que os indivíduos e famílias estudadas realizaram ao longo deste período e, pelos significados nelas constantes, será ainda possível verificar que as mesmas se identificaram com os sub-temas (Figura 21):

B.1) Reaprender a “*estar em família*”, sendo que esta dimensão se reporta às atitudes que passaram a adoptar, em resposta à mudança que o referido acontecimento de vida lhes terá propiciado;

B.2) Reaprender a “*sentir em família*”, sendo que esta dimensão se reportará aos sentimentos que passaram a expressar, em resposta à mudança que o referido acontecimento de vida lhes terá propiciado;

B.3) Reaprender a “*ser em família*”, sendo que esta dimensão se reportará às dinâmicas relacionais que passaram a estabelecer, em resposta à mudança que o referido acontecimento de vida lhes terá propiciado.

Figura 21 -Subtemas relativos ao tema *Significado atribuído à vivência da “entrada na reforma”*.

B.1) Reaprender a *estar em família*

O desenvolvimento de estratégias de adaptação, que permitissem dar uma resposta proficiente ao fenómeno de transição que estavam a vivenciar, terá constituído um dos maiores desafios com o qual tiveram de lidar os indivíduos e famílias estudadas. Os significados que atribuíram à referida vivência assim o fizeram notar e, ainda que algumas das estratégias não tivessem constituído uma total novidade para muitos deles, a verdade é que todas elas terminaram por se identificar com uma atitude de reaprendizagem relativamente à forma como passaram a “estar” nos mais diversos contextos das suas vidas.

Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam reportam-se aos principais significados que se reconheceram como pertencentes ao subtema *reaprender a estar em família*, sendo que estes se identificaram com:

- Atitude pró-activa – quando se verificou que o indivíduo foi agente da sua reaprendizagem de *estar em família*, podendo esta ter sido sentida de forma positiva (quando, a mesma, se manifestou de uma forma construtiva para o sistema familiar), de forma negativa (quando, a mesma, se manifestou de uma forma não construtiva para o sistema familiar) ou de forma ambivalente (quando, a mesma, se

manifestou de uma forma dualística para o sistema familiar); .

- Atitude reflexa – quando se verificou que o indivíduo sentiu uma alteração da sua forma de *estar em família*, mas em que o próprio não constituiu agente dessa reaprendizagem, podendo ter sido igualmente sentida de forma positiva (quando se manifestou de uma forma construtiva para o sistema familiar), negativa (quando se manifestou de uma forma não construtiva para o sistema familiar) ou ambivalente (quando se manifestou de uma forma dualística para o sistema familiar);
- Atitude neutra – quando se verificou que o indivíduo não manifestou qualquer alteração na sua forma de *estar em família*.

Uma vez mais se faz saber que se decidiu cingir esta apresentação aos casos que melhor ilustraram as principais formas como os indivíduos e famílias se revelaram neste domínio.

Família 3

As narrativas da família 3 constituíram um exemplo de que a “entrada na reforma” alterou o modo como os seus elementos passaram a *estar em família* e demonstrou, igualmente, que essa alteração terá decorrido de algumas reaprendizagens que se tornaram necessárias para dar resposta ao efeito de transição, desencadeado pelo referido acontecimento.

Quando a dado momento da sua narrativa, o elemento que protagonizou esse acontecimento de vida, proferiu: “[...] para dar a volta à questão...passei a tomar conta das questões caseiras [...] é, posso dizer que, de certa forma, me tornei um pouco ...um “dono de casa” ☺ [...]” (I₃); o significado de reaprender a *estar em família*, tornou-se evidente. Reaprender a ocupar o seu tempo livre de uma forma útil, como mencionada, ter-lhe-à dado um renovado sentido de “estar” para aquela que passou a ser a sua nova forma de vida.

Contudo, numa análise mais atenta, tornou-se evidente a atribuição simbólica que o protagonista realizou a esta sua nova forma de *estar em família*.

Ainda que aparentemente agradado com a mesma, a maneira hesitante e em tom de divertimento como inicialmente a transmitiu, deixou transparecer que esta forma de “estar” não seria propriamente a dita “normal” para a sua condição e género. Atendendo à faixa etária e ao quadro de representação sociocultural, com a qual se identifica, este tipo de expressão não constituiu surpresa. Ainda assim, foi interessante verificar como, logo de seguida, passou a tecer considerações de valorização relativamente a esse mesmo papel. Este comportamento foi entendido como que uma forma de justificar, no referido quadro, a reaprendizagem de *estar em família* que passou a adoptar. Dada toda esta envolvência, considerou-se que a sua atitude foi proactiva mas tomou um carácter ambivalente.

O último excerto da narrativa de C₃ evidenciou que, também para si, o referido acontecimento de vida terá dado origem a uma reaprendizagem da sua forma de *estar em família* e, até mesmo, de “estar” em contexto laboral. Passar a gerir a sua vida de forma a ter mais tempo para acompanhar o seu cônjuge, foi uma das reaprendizagens que mais explícitas ficaram no referido âmbito. Por esse motivo, considerou-se que este elemento teve uma atitude proactiva positiva, relativamente à forma como passou a *estar em família*.

“Para mim, foi uma grande mudança! No início até apreciei...porque me soube a umas merecidas férias...mas, com o passar do tempo, senti que o tempo livre era muito e não sabia o que fazer com ele [...] para dar a volta à questão...passei a tomar conta das questões caseiras... é, posso dizer que de certa forma me tornei um pouco ...um “dono de casa” ☺. [...] Sabe, eu até acho graça! ☺ Nunca me tinha visto neste papel mas, agora até considero que tem sido uma excelente ajuda para me manter ocupado. É uma estratégia como qualquer outra e digo-lhe, passei a compreender melhor as mulheres em alguns aspectos... e, não concordo quando elas se sentem menos importantes só porque não trabalham fora de casa porque, quando estão em casa, são umas autênticas gestoras “empresariais” ☺.” (I₃)

Atitude proactiva ambivalente

“Acho que um dos aspectos que alterou na nossa vida foi o facto de ele se ter reformado primeiro, do que eu. Um homem que saía todos os dias e que de repente se viu sozinho em casa; é algo complicado! Talvez se tivéssemos entrado na reforma ao mesmo tempo, as coisas tivessem sido diferentes. Para uma mulher, que tem sempre que fazer em casa, tudo se torna bem mais facilitado.... Agora para um homem que nunca teve outra actividade, que não a do trabalho, é bem diferente [...] ainda assim, e porque ainda estou a trabalhar, agora ele ajuda-me muito em algumas tarefas...vai-me às compras, faz-me alguns pagamentos [...] Ele é muito meu amigo, ... sempre nos demos muito bem e por isso, sempre que consigo, «dou uma escapadinha ao trabalho para lhe fazer companhia!» <☺ ...☺” (C₃)

Atitude proactiva positiva

Família 5

As narrativas da família 5 fizeram notar que, o facto de I₅ ter “entrado na reforma”, não terá exercido grande interferência na sua forma de *estar em família*. Essa situação poderá ter sido decorrente do não investimento na relação familiar que este elemento foi assumindo ao longo dos tempos e de ter mantido essa mesma postura, após a ocorrência do referido acontecimento de vida. A narrativa deste elemento (I₅) assim o fez notar, quando evidenciou que os seus interesses e objectivos de vida sempre se focalizaram no meio extra familiar. Como que em resposta a este comportamento, a sua cónjuge (C₅) e filha (D₅) fizeram notar pelas suas narrativas que esse era já um tipo de atitude esperado. Decorrente dessa percepção, perante o referido acontecimento de vida, mantiveram uma postura indiferente que se veio a expressar pela adopção de uma atitude neutra relativamente ao seu *estar em família*.

“[...] encontrei uma nova forma de ocupar o meu tempo [...] eu já me interessava pela numismática mas, agora passei a dedicar-me mais a esse assunto [...] tenho estabelecido outros contactos e conhecido pessoas muito interessantes, à conta de ter passado a dedicar-me mais a esta minha ocupação [...] de vez em quando, vou para o Alentejo caçar com o meu irmão ☺!!! [...] nunca me preocupei com as questões caseiras, porque sei que a minha mulher cuida bem dessa parte [...] e «também não era agora que eu vinha interferir nessa parte» <☹️...[...] “ (I₅)

Atitude neutra

“O facto do meu marido se ter reformado não alterou em nada a minha forma de estar na vida. [...] também já não tinha muita esperança de ele vir a colaborar com a dinâmica caseira, uma vez que também nunca o tinha feito [...] «desde criança, foi sempre muito mimado» <☹️ [...] Quando era mais novo... a avó e a mãe tinham empregadas para tudo... era impensável que ele viesse a fazer fosse o que fosse...o seu feito....☺️ também não daria para tal...[...] «simplesmente, aprendi a viver sem a sua ajuda» ” (C₅)

Atitude neutra

“[...] e fez sempre uma vida muito independente (pai) [...] nem esperávamos que ele viesse a mudar, após a sua passagem à reforma...☹️ [...] depois do casamento do meu do meu irmão, habituamo-nos a viver as duas ... [...] já nem contávamos com ele (pai)[...]” (D₅)

Atitude neutra

Família 7

De uma forma global, a “entrada na reforma” de I₇ parece ter constituído uma mais valia para a dinâmica funcional desta família. Esta afirmação advém do facto de, por meio das suas narrativas, se ter verificado que a reaprendizagem de *estar em família* que este elemento realizou, ser de uma relevante importância para dar resposta à gestão das tarefas familiares que as quatro gerações, suas componentes, necessitavam na fase do ciclo vital em que se encontrava. Essa reaprendizagem tornou-se então vantajosa por Ihe ter facultado a percepção de uma vivência com um novo sentido de utilidade para a sua vida. Decorrente dessa percepção e da atitude revelada na sua narrativa, considerou-se que este elemento teve uma atitude proactiva positiva.

Para a sua cónjuge (C₇), ainda que essa mudança não tenha sido assumida como uma reaprendizagem, tal situação terá exercido uma idêntica influência na sua vida. O pequeno excerto de narrativa apresentado assim o revelou; em todo o seu discurso, aliás, fica evidente que este acontecimento de vida (mais propriamente, a reaprendizagem de “estar” adoptada pelo marido) Ihe terá tornado mais facilitada a gestão da sua vida familiar.

Relativamente a A₇, a sua narrativa fez notar que o referido acontecimento de vida não terá resultado em qualquer tipo de alteração para a sua forma de *estar em família*. Todavia, ainda que exígua, a sua narrativa revelou dois aspectos significativos que parecem ser de interesse para a análise do contexto interaccional desta família. O primeiro remeteu para a suspeição de que a sua participação familiar pudesse ser exígua; tal depende-se pela total ausência de referências relativas a essa mesma colaboração, verificada não apenas nas narrativas dos outros elementos da família, como também pelas suas próprias declarações. O segundo, que de certa forma permitiu notar a conflituosidade que se estabelecia na relação parental [mãe(A₇)/filha(C₇)], foi revelado pela forma como que este elemento se fez manifestar relativamente à relação conjugal estabelecida entre a sua filha e o seu genro.

“[...] mas, valeu-me a minha neta! Foi em função dela que passei a organizar o meu tempo. Vou buscá-la para almoçar, pós o almoço volto a leva-la à escola e á tarde: ás 2^{as} e 4^{as} feiras levo-a á piscina e à 6^a ao Inglês. Ela é uma companheira...☺ e eu gosto imenso de a acompanhar até me faz sentir mais novo ☺ [...] Fora disso, vou às compras com a minha mulher, leio o jornal, vejo televisão [...] sei lá, tento manter-me ocupado para não me sentir um inútil ☺ !!!” (I₇)

Atitude proactiva positiva

“[...] tem sido uma grande ajuda para mim ..., principalmente para cuidar da minha neta. Se não fosse ele as coisas estariam bem mais complicadas para mim. O meu filho e a minha nora estão muitas vezes para fora e se não fossemos nós algum deles teria de abdicar da sua carreira profissional E, eu própria, como ainda não estou reformada teria imensa dificuldade em prestar todo o apoio que o meu marido lhe dá! Para mim, acabou por me tornar a vida mais facilitada! «uma vez que também já tenho a minha mãe ...» <👉[...]”(C7)

Atitude reflexa positiva

“[...] «e a minha filha nem sabe a sorte que tem» 😊 > 👉 Outros maridos, na situação do meu genro, iriam para o café ter com os amigos e lá queriam saber da família...[...]” (A7)

Atitude neutra

Família 9

As narrativas da família 9 fizeram notar que a vivência da “entrada na reforma” constituiu um acontecimento de vida que expôs os seus elementos a diferentes atitudes de reaprendizagem relativamente à sua forma de “*estar em família*”. No caso de I₉, de certa forma empolgada pela revolta que sentiu em ter “entrado na reforma” de uma forma antecipada, a sua narrativa manifestou uma atitude proactiva negativa. Tal situação foi notória em todo o seu discurso, particularmente quando proferiu: “[...] mas eu não me calo porque, ainda sou eu quem manda cá em casa! > 👉👉👉👉” (I₉). Salvaguardando qualquer tipo de juízo de valor, a verdade é que esta atitude muito provavelmente não terá contribuído para que a sua forma de *estar em família* tenha sido bem acolhida pelos restantes elementos e muito menos quando estes, durante o seu longo período de ausência, não se habituaram a viver com ela.

Perante uma espécie de reingresso do seu cônjuge no seio da família que durante longos anos se habituou a gerir e a liderar, C₉ tomou uma atitude reflexa ambivalente. Reflexa, porque, ainda que a sua forma de *estar em família* se tenha vindo a alterar (ex. maior interacção com o cônjuge pelo facto da sua maior presença), no seu discurso não se evidenciou qualquer alusão a reaprendizagem da qual tivesse sido protagonista. Contudo, de característica ambivalente, porque do referido acontecimento de vida resultou uma nova forma de *estar em família* e esta tomou uma característica dualística, isto é: se, por um lado, lhe proporcionou uma forma de “estar” positiva “[...] eu até gosto de

o (marido) *ter em casa [...] quando estava fora, eu estava sempre preocupada que lhe pudesse vir a acontecer alguma coisa e agora, apesar de tudo, durmo mais descansada” (C₉)*, por outro, tal acontecimento *ter-lhe-á causado uma forma de estar em família de conotação negativa [mas, o meu marido não percebe que na sua ausência nós fomos fazendo a nossa vida [...] agora vem e quer mandar em tudo[...]” (C₉)*.

Para D1₉, a vivência deste mesmo acontecimento de vida foi conotada por uma atitude reflexa negativa. Esta poderá ter sido potencializada pela característica de afastamento relacional que esta filha detinha, relativamente ao protagonista do referido acontecimento; o seu pai. Mas, não só. O excerto final da sua narrativa revelou que alguns acontecimentos de vida anteriores terão igualmente contribuído para que este reingresso não tivesse sido encarado de modo positivo.

Quanto a D2₉, a sua narrativa deu a conhecer que este elemento da família realizou uma reaprendizagem desde que o seu pai (I₉) “*entrou na reforma*”. Essa atitude revelou-se de característica proactiva positiva, na medida em que passou a ter um papel moderador no conflito familiar e, conforme proferiu, essa moderação foi sempre tida no sentido construtivo. O significado contido na sua expressão: “*pôr água na fervura*” (D2₉), assim o fez notar.

“...como lhe disse para mim a entrada na reforma foi como quem me cortou as asas... ainda hoje me revolta estar em casa [...] não é que não goste das minhas filhas mas, realmente sinto que este não é o meu lugar...[...] às vezes sinto que estou aqui a mais... se digo alguma coisa ou se faço algum reparo relativamente a alguma coisa que considero que não está bem, caem-me logo em cima 🙄🙄🙄, dizem que eu não entendo nada disso e que só vim para casa para dar ordens...[...] mas eu não me calo porque, ainda sou eu quem manda cá em casa! >👊👊👊 [...]” (I₉)

Atitude proactiva negativa

“Sabe, por um lado, eu até gosto de o (marido) ter em casa [...] quando estava fora, eu estava sempre preocupada que lhe pudesse vir a acontecer alguma coisa e agora, apesar de tudo, durmo mais descansada [...] mas, o meu marido não percebe que na sua ausência nós fomos fazendo a nossa vida [...] agora vem e quer mandar em tudo [...] comigo já nem falo ...agora com as nossas filhas... ele não entende que elas já são umas senhorinhas, têm os seus namorados e que têm de começar a construir as suas vidas...[...] só lhes peço para terem juízo e para escolherem o melhor para elas... não vá acontecer como sucedeu comigo.... [...] está (o marido) sempre a implicar com elas e por vezes não me posso deixar ficar... daí surgem as discussões ...[...]” (C₉)

Atitude reflexa ambivalente

“Desde que o meu pai veio para casa nunca mais houve sossego...está sempre a infernizar a vida da minha mãe... [...] sempre que consigo, tento me abstrair ...mas, quando vejo que ele (pai) está a “passar das marcas”, não me consigo calar e... é discussão na certa [...]. Sabe a vida às vezes é um pouco complicada e «há situações que nunca mais se esquecem...» <☹️ ☹️” (D1₉)

Atitude reflexa negativa

“Nos últimos tempos a relação familiar tornou-se um pouco insuportável... a mim cabe-me sempre o papel de “pôr água na fervura” ... [...] o meu pai ainda me ouve e ...eu acho que é isso que ainda o vai mantendo cá por casa...” (D2₉)

Atitude pro-activa positiva

B.2) Reaprender a sentir em família

As atitudes e os comportamentos que os indivíduos e famílias adoptaram após a “entrada na reforma”, não terão sido tomados ao acaso. Como em qualquer outra vivência, também estes terão sido decorrentes da construção interna que nos mesmos se terá organizado (reaprendizagem), cujo resultado os terá levado a que se exprimissem da forma como o fizeram. Entendidos como os principais agentes dessa materialização, os sentimentos e as emoções expressas pelos significados que passaram a apresentar nas suas narrativas permitiram, então, dar a conhecer a forma como os indivíduos reaprenderam a *sentir em família*, durante a referida transição. Conforme já era previsto, os vários elementos da família sentiram a mencionada vivência de forma diferente e, neste mesmo contexto, importa também referir que: ainda que muitos desses significados não se tenham reportado directamente a esse sistema, a verdade é que os mesmos acabaram por interferir na forma como essa reaprendizagem decorreu.

Relativamente aos sentimentos e emoções que das suas epifanias emergiram, faz-se igualmente saber que estes foram os mais diversos. Contudo, os que mais se evidenciaram estiveram predominantemente relacionados com sentimentos de negativismo, em relação aos efeitos que o referido acontecimento de vida lhes terá proporcionado: *a decepção, a saudade e a solidão*. Estas formas de sentir poderão ter estado relacionadas com o facto dos elementos protagonistas, do acontecimento em estudo, terem manifestado a vivência de alterações e/ou dificuldades na primeira fase desta investigação. Mas, não apenas com esse aspecto.

A análise dos contextos narrativos, nos quais os referidos significados foram revelados, fizeram igualmente notar que outros factores também poderão ter estado na origem desta forma de *sentir em família* e estes, à sua maneira, acabaram por se repercutir nas diferentes vivências que as famílias adoptaram.

Passam-se a apresentar os excertos narrativos que melhor ilustraram as reaprendizagens de *sentir em família*, sendo que esta exposição se cingirá aos significados que foram proferidos com maior frequência.

A decepção

A decepção foi um dos sentimentos que com maior frequência emergiu nas narrativas analisadas. Tal manifestação foi passível de ser encontrada, não apenas nos significados proferidos pelos indivíduos que protagonizaram este acontecimento de vida, como, também, nos dos restantes elementos da família que com os anteriores viveram o mesmo acontecimento. Esses significados estiveram relacionados com o facto de a vida após a “entrada na reforma”, não ter correspondido às expectativas e, de forma particular, com a exteriorização de um sentimento dado pela não concretização de alguns “ganhos em família” que seriam esperados com a referida transição. Mas, independentemente da natureza desta relação, todos acabaram por se revelar como reaprendizagem que alguns destes indivíduos realizaram no domínio do *sentir em família*.

Família 1

O caso apresentado pela narrativa de I₁ foi ilustrativo do sentimento de decepção que a “entrada na reforma” lhe terá suscitado. Segundo proferiu, esta transição deveria ser previamente preparada e, a seu ver, essa foi uma oportunidade não foi dada nem a si nem ao seu cônjuge (C₁). Apesar de ter considerado que a sua relação conjugal apresentava um carácter bastante coeso, a expressão inicial que empregou (“[...] *nem tudo é um mar de rosas* [...]” (I₁)) veio, de certa forma, indiciar que alguns momentos da referida transição poderão ter sido alvo de alguma perturbação para o relacionamento que o casal estabelecia.

“[...] nem tudo é um mar de rosas...pensava que iria ser melhor! Agora sinto falta daquela que era a minha vida [...] Considero que o ritmo de vida que eu tinha não me deu a mínima oportunidade para eu preparar esta mudança [...] deveriam ser criadas oportunidades para as pessoas se prepararem para esta mudança de estatuto e... acho que no início o meu marido também sentiu que eu não estava preparada para esta mudança tão brusca ...[...]” (I₁)

“[...]” (C₁)

Família 2

Na narrativa de C₂ outra situação de decepção ficou explícita. Esta esteve relacionada com o facto deste elemento da família ter conjecturado para este período da sua vida uma vivência diferente daquela que efectivamente veio a deter. Aparentemente, razões de natureza económica e relacional terão estado na origem desta decepção, a qual decerto terá alterado a forma como os elementos desta família se passaram a *sentir em família*.

“[...]” (I₂)

“Era com muita expectativa que esperava que o meu marido se reformasse. Depois de toda a azáfama de criar os filhos, julgava que finalmente iria ter tempo para sair com ele e conhecer algumas cidades do interior, que ainda hoje não conheço. Saiu-me tudo ao contrário. Agora, ele diz que não tem muito dinheiro, que podemos vir a precisar quando estivermos doentes e [...] o facto de termos a minha sogra cá em casa também não nos deixa muito espaço para o fazer...⊗ [...] Às vezes sinto-me triste porque julgo que deveria de ser um pouco recompensada por todo o trabalho que tive durante estes anos...mas, vai-se vivendo dia-a-dia!” (C₂)

“[...]” (A₂)

Família 3

A simbologia apresentada na última frase da narrativa de I₃ (*“[...] Sabe o que é olhar para o relógio e o tempo não passar!”*), revelou outra forma de decepção. Esta foi também proferida por outros indivíduos que protagonizaram o mesmo acontecimento de vida e relacionou-se com o facto de terem passado a ter mais tempo nas suas vidas, para o qual não tinham destino ou ocupação. Certo será que, para quem vive com uma pessoa que tem esta percepção, o relacionamento poder-se-á tornar um pouco conturbado e foi o que se verificou com o discurso de C₃.

“[...] no início até apreciei...porque me soube a umas merecidas férias. Mas, com o passar do tempo, senti que o tempo livre era muito e... eu já não sabia o que devia fazer com ele! [...] Sabe o que é olhar para o relógio e o tempo não passar! [...]” (I₃)

“[...] no início não foi fácil! Passava a vida a ligar-me para o trabalho como se me quisesse controlar. Um dia tive mesmo de inventar uma desculpa para lhe desligar o telefone, «já não o conseguia aturar!» < 🗑️” ☺ (C₃)

Família 5

O discurso de I₅ remeteu para uma percepção de decepção generalizada, em relação aos sistemas envolventes. A ordem de apresentação desses sistemas poderá ter já revelado algum indício relativamente ao relacionamento que com os mesmos estabelecia. Mas, se dúvidas existiam, elas desvaneceram-se quando no final da sua narrativa se reporta à decepção que teve em termos de vivência familiar.

“Para mim foi sinónimo de decepção! Esperava que viesse a ser diferente... ainda por cima, senti pouco apoio por parte dos que me rodeavam. Os meus “supostos” ☹ amigos afastaram-se e para ajudar ... «a vivência em casa tornou-se um pouco mais complicada» 🗑️<☺ [...]” (I₅)

“[...]” (C₅)

“[...]” (A₅)

Família 6

Um diferente sentimento de decepção foi revelado pelo discurso de C₆. Este esteve relacionado com o facto de não ter revisto em I₆ a mudança emocional que tinha esperado para este período da sua vida. A simbologia apresentada no último excerto da sua narrativa (*“[...] parece que toda a gente lhe deve dinheiro!” (C₆)*) tornou bem explícita a expressão desse insucesso, que I₆ acabou por confirmar fazendo notar que a mesma poderá ter interferido no seu relacionamento conjugal e, conseqüentemente, na forma como ambos se passaram a *sentir em família*.

“[...] não estava bem e sentia que essa minha forma de estar também em nada ajudava na minha relação com o meu marido ...[...] 😞” (I₆)

“[...] sempre tive a esperança que ela (mulher) ia arribar um pouco mais mas, afinal... ficou pior ainda ... [...] não percebo esta rapariga, anda sempre com uma cara ... parece que toda a gente lhe deve dinheiro ! 😊” (C₆)

Família 13

Uma idêntica situação ocorreu no discurso de C₁₃, só que desta vez, o sentimento de decepção que este indivíduo proferiu terá estado relacionado com o comportamento de distanciamento físico e emocional, manifestado pela sua cónjuge.

“Agora..., já não é a mesma coisa! Já não encontro as pessoas com tanta facilidade e quando estou com elas, elas parecem já não ter a mesma alegria que tinham antes.... «Olhe» 🗨️ >, o que me deixa mesmo mais chateada é quando elas se põem a falar da sua lista de doenças... parece que vivem para elas... «que gente tão retrógrada e sem vontade de viver!!!» 🗨️ > 🙄 🙄!” (I₁₃)

“[...] eu pensava que a minha mulher se ia acalmar depois da reforma mas, ... parece que ainda ficou pior! Ninguém a aguenta, está sempre a arranjar motivos para sair e «pouca companhia me faz...» 🗨️ <” (C₁₃)

A saudade

A nostalgia, deixada pelas lembranças de um passado recente, constituiu a premissa para que o sentimento de saudade tivesse emergido nas narrativas de vários dos indivíduos em estudo. E, ainda que este não tivesse estado propriamente relacionado com as vivências familiares, a verdade é que o referido sentimento acabou por se reflectir na forma como os mesmos se passaram a *sentir em família*.

Os excertos das narrativas que a seguir se apresentam descrevem esse mesmo facto e a respectiva análise ajuda a perceber como os significados de saudade; referentes ao cessar do exercício profissional, ao afastamento dos sistemas com os quais habitualmente estabeleciam contacto e, de uma forma geral, ao distanciamento daquela que tinha sido a sua vida passada, terão interferido na referida forma de *sentir em família*.

Família 1

O excerto da narrativa de I₁ foi exemplificativo deste fenómeno quando, no decorrer do seu discurso, fez notar que tivera sido sua preocupação passar a ser mais contida nas manifestações de saudade do exercício profissional e dos colegas, que habitualmente detinha. A adopção desta atitude ter-se-á justificado por ter considerado que esta seria a melhor forma de evitar a possibilidade de originar situações de mal-estar no seu cônjuge.

“[...] mas, o meu gosto pela leccionação nunca me abandonou e é sobre esse que ainda hoje sinto saudades... [...] o próprio convívio com alguns dos meus colegas também ainda me deixa muitas saudades [...] tendo que este sentimento não interfira na minha vida mas, ...[...] «sinto que por vezes o meu marido fica um pouco “enciumado” quando lhe falo com saudade daquele tempo» < 🙄 😊 [...] é por isso que ultimamente tenho evitado fazê-lo” (I₁)

“[...]” (C₁)

Família 8

Uma semelhante situação foi encontrada nas narrativas da família 8. Só que, desta vez, ambos os elementos se fizeram manifestar relativamente ao efeito que a saudade de I₈ terá exercido na forma como reaprenderam a “sentir” em família. Pela expressão facial que I₈ revelou, a situação de manter uma ligação esporádica com a sua antiga equipa pareceu agradar-lhe e, de certa forma, permitiu-lhe atenuar um pouco a saudade que detinha da mesma.

Mas, para C₈, tal situação já não é vista da mesma maneira. As palavras que proferiu e a própria expressão com que as pronunciou, fizeram notar que esta situação não seria do seu agrado. Talvez esta tenha sido uma forma de manifestar a necessidade de atenção que requeria do seu cônjuge, daí que o sentimento saudade, proferido por I₈, lhe fizesse alguma afronta à forma como se passou a *sentir em família*.

“[...] acho que me adaptei bastante bem à reforma mas, ... por vezes sinto alguma saudade, principalmente do espírito de equipa que se vivia naquele serviço... [...] sei que a minha mulher fica aborrecida quando eles às vezes me ligam mas, eu não posso fazer nada ☺ [...]” (I₈)

“[...] mas acho que a sua cabeça ainda está muito naquele serviço...[...] foram muitos anos, compreendo, ...e eu própria também sinto saudade daqueles nossos convívios (festas de serviço)! [...] mas eles (antigos colegas de trabalho do marido) também têm de compreender que ele já está reformado e agora tem direito a ter o seu descanso [...] assim parece que continua a trabalhar ☹ [...]” (C₈)

Família 4

As narrativas da família 4 também revelaram a interferência que a saudade da vida anterior terá exercido na forma como os seus elementos se passaram a *sentir em família*, após a “entrada na reforma”. Os significados contidos no excerto da narrativa de I₄ não deixaram qualquer tipo de dúvida, relativamente ao referido sentimento.

Do mesmo modo, ainda que de uma forma menos evidenciada, também a narrativa de D₄ fez alusão a esse “sentir” de I₄ e de como essa situação terá levado a que tivesse sentido a necessidade de realizar uma reaprendizagem (ex. passar a contactar a mãe com maior frequência), por forma a dar resposta a esse mesmo *sentir em família*.

“[...] mas agora sinto-me mais abatida porque, tenho menos contacto com as pessoas... e talvez seja devido a esse menor convívio que eu sinto alguma saudade do passado [...] a saudade que tenho desses tempos deve ser a minha maior dificuldade do presente [...]” (I₄)

“[...] e pensava que ia ver a minha mãe mais descansada, menos triste [...] mas, parece que tal não sucedeu... [...] «a vida também não lhe tem sorrído muito, coitada...» <☹☺ [...] eu e os meus irmãos temos tentado ajudá-la [...] passámos a ligar-lhe mais vezes durante a semana mas, ... não sei se isso tem adiantado muito [...]” (D₄)

Família 10

A saudade do exercício profissional e daqueles que tinham constituído o alvo desse seu desempenho, fizeram com que I₁₀ tivesse passado sentir a sua vida de forma diferente, após a “entrada na reforma”. Contudo, em nenhuma parte da sua narrativa, ficou expresso que tal situação tivesse interferido no seu *sentir em família*.

Mas, quando se analisou o discurso de C₁₀, foi possível verificar que essa saudade se fez repercutir em alguma alteração à dinâmica familiar; na medida em que I₁₀ passou a adoptar uma atitude mais introspectiva, situação essa que não se identificava de todo com a personalidade extrovertida e bem disposta que anteriormente apresentava.

“Ah! Tenho muitas saudades desse tempo. Gostava imenso do que fazia. Formei muitos alunos que, hoje estão muito bem na vida e, ...ainda hoje, quando me encontram na rua, fazem-me uma grande festa, ... [...] deixa-me imensas saudades... [...] ☹ ” (I₁₀)

“[...] no início mudou completamente [...] tornou-se mais reservada, «coisa que não era habitual na mulher cheia de vida que eu tinha» ☹<☹ [...] ultimamente, sinto que está melhor mas...parece-me que nunca mais foi a mesma ... «isso, por vezes, deixa-me um pouco preocupado!» <☹☹ ” (C₁₀)

A solidão

O passar a “sentir-se” só foi uma das percepções que mais frequentemente emergiu nas narrativas dos indivíduos relativamente à vivência que passaram a deter após a “entrada na reforma”. Este sentimento foi particularmente proferido pelos indivíduos que protagonizaram o referido acontecimento, mas não foi exclusivo. Ainda que de uma forma mais discreta, também outros elementos da família manifestaram um idêntico sentimento e este esteve essencialmente relacionado com o facto de terem esperado que, com a referida vivência, pudessem ter passado a usufruir de uma maior companhia e participação deste elemento na sua dinâmica familiar.

Todavia, independentemente de quem proferiu o referido sentimento, este terminou por influenciar toda a família no modo como passaram a viver esta transição e, particularmente, na forma como reaprenderam a se *sentir em família*.

Família 3

As narrativas da família 3 fizeram notar que após a “entrada na reforma” o seu elemento I₃ passou a sentir um estado de solidão, cujas repercussões se fizeram notar em toda a família. Para este a referida vivência não terá sido fácil mas, para C₃, a mesma também não terá sido muito diferente. Em consequência desta situação, ambos acabaram por revelar que tiveram de fazer uma reaprendizagem na sua forma de *sentir em família*.

“[...] sentia-me só! Sabe no meu trabalho estabelecia contacto com muitas pessoas, ... tinha muitos amigos, fazíamos muitas almoçadas... enfim, tinha um outro tipo de vida que agora não tenho! Acho que a minha maior dificuldade foi mesmo essa: o ter deixado de ter essa relação com as pessoas. Também não tinha outra actividade para me entreter e dessa forma parecia que os meus dias tinham 48 horas ☺... Dei por mim a ligar à minha mulher, só para sentir companhia! [...]” (I₃)

“[...] no início não foi fácil! Passava a vida a ligar-me para o trabalho como se me quisesse controlar. Um dia tive mesmo de inventar uma desculpa para lhe desligar o telefone, «já não o conseguia aturar!» < 🤔 ☺ No início ainda lhe disse para ele se inscrever num ginásio mas, ele respondeu-me logo: “Isso são coisas de senhoras e eu não me sinto gordo, nem para lá caminho!... Depois, ainda andei com ele a ver se encontrava alguma outra actividade para se ocupar [...] mas nada lhe interessou! Olhe, a pouco e pouco, foi-se adaptando! Mas, não tem sido fácil! [...] Os filhos têm a sua vida e nem sempre lhe podem dar atenção [...] «Fica tudo para mim...!» < 🤔 ☹ (C₃)

Família 4

As narrativas desta família fizeram notar que, com a vivência da “entrada na reforma”, outras formas de *sentir em família* se apoderaram da mesma. A solidão expressa por I₄ terá sido um dos sentimentos indiciadores de tal mudança, e esta fez-se notar pela preocupação que os seus filhos passaram a ter no intuito de tentar minimizar esta sua forma de sentir.

Esta nova forma de *sentir*, que a família passou a adoptar, foi facilmente reconhecida no final do discurso que o seu filho (D₄) teve a oportunidade de proferir.

“A minha vida tornou-se mais triste, porque tenho menos contacto com as pessoas! Vale-me a minha irmã que está sempre pronta a ajudar-me mas, ... coitada também tem a sua vida [...] e os meus filhos também mas, coitados, também têm a suas vidas e eu não quero ser um estorvo.” (I₄)

“[...] sinto que ela agora passa o seu tempo mais sozinha ...[...] o trabalho sempre lhe proporcionava alguma convivência que agora perdeu [...] eu e os meus irmãos temos tentado ajudá-la mas, também nem sempre estamos disponíveis para lhe fazer companhia. O meu irmão está sempre para fora, a minha irmã vive no Porto e eu estou em Coimbra a estudar [...] passámos a ligar-lhe mais vezes durante a semana mas, ... não sei se isso tem adiantado muito [...]”. (D₄)

Família 6

O elemento I₆ foi outros casos que revelou um estado de solidão, durante a vivência da transição em estudo. Fazendo-se acompanhar por um sentimento de desilusão, que de certo modo poderá ter sido exponenciado pelo estado depressivo em que se encontrava, esta sua forma de sentir parece ter sido percebida pelo seu cônjuge (C₆). Por desconhecimento do seu estado de saúde, por incompreensão da situação ou por outros motivos que ficaram por explorar, a verdade é que esta situação terá desencadeado uma certa reactividade no seu cônjuge. Lidar da melhor forma com esta situação foi uma das muitas reaprendizagens que esta família teve de realizar no sentido de encontrar um novo equilíbrio no domínio do *sentir em família*.

“Esperava ter uma vida melhor... [...] agora estou para aqui ... sozinha ...mas, muito sinceramente também não me apetece andar por aí, como certas mulheres andam....organizo as minhas coisinhas, vejo as minhas novelas e, quando ela (vizinha) tem disponibilidade, tenho a minha vizinha para falarmos um pouco [...] ela (vizinha) é como se fosse minha irmã... «ou se calhar até mais do que isso...» 🐼<⊕” (I₆)

“[...] sempre tive a esperança que ela (mulher) ia arribar um pouco mais mas, afinal... ficou pior ainda ... [...] diz que se sente só...«mas, caramba existe tanta gente no mundo, como é que é possível ela sentir-se só?!» > 🐼👉👉” (C₆)

B.3) Reaprender a *ser em família*

Conforme foi sendo dado a conhecer, a “entrada na reforma” originou um processo de transição ao qual nenhuma das famílias estudadas ficou indiferente. As narrativas conseguidas assim o fizeram notar e, pela análise das mesmas, foi possível verificar que o mencionado efeito não se terá manifestado apenas no *estar* e no *sentir* mas também, e de uma forma bastante evidente, na maneira como reaprenderam a *ser em família*.

Essa reaprendizagem terá estado relacionada com o facto de terem sido chamadas a desenvolver competências que lhes permitisse dar uma resposta mais ajustada à mudança que o referido acontecimento de vida lhes terá suscitado. Nesse sentido, as diferentes tarefas instrumentais e expressivas que passaram a realizar, as renovadas funções e papéis que passaram a desempenhar e outras mudanças comportamentais que no decorrer das suas epifanias foram sendo reveladas, fizeram notar que as referidas reaprendizagens terão sido as mais diversas e, quase sempre, se traduziram pelo desenvolvimento de novas dinâmicas relacionais.

A apresentação que a seguir se efectua descreve os principais significados que o sub-sistema conjugal atribuiu à referida reaprendizagem. A decisão de cingir a mesma ao mencionado sub-sistema esteve relacionada com o facto da maioria das famílias estudadas se encontrar numa fase de “ninho vazio” (Stanhope, 1999) e, ainda, por se ter constatado que os indivíduos que protagonizaram este acontecimento de vida consideraram que o cônjuge foi a sua principal fonte de apoio durante o referido período de transição (cf. resultados 1ª fase – gráfico 7).

Tendo por base a anterior opção, os significados que se identificaram com a reaprendizagem *ser em família* passaram a ser, então, mais restritos. Ainda assim, por terem sido diversos, optou-se por restringir esta mesma apresentação àqueles que mais se evidenciaram nas suas narrativas, nomeadamente: *a negociação da interdependência relacional, a gestão do conflito relacional e a reorganização dos papéis e das funções familiares*.

A negociação da interdependência relacional

A análise das narrativas permitiu verificar que uma das situações que mais afectou a dinâmica do sub-sistema conjugal após a “entrada na reforma” se coadunou com a questão da interdependência relacional. Ainda que essa não se tenha colocado da mesma forma, nas várias famílias estudadas (isto porque, antes do referido acontecimento, o grau de independência que os seus elementos estabeleciam seria distinto entre as ditas famílias), a verdade é que os significados delas emergentes deram conta que essa terá sido uma das principais reaprendizagens de *ser em família*, que ambos os membros do casal tiveram de realizar. Contudo, conforme se terá oportunidade de verificar pelos significados que às mesmas foram atribuídos, nem a forma como essa reaprendizagem se realizou, nem o efeito que da mesma resultou foram idênticos em todas as famílias.

Para ilustrar as diferentes dinâmicas de negociação da interdependência relacional, que se encontraram neste estudo, foram seleccionados três casos:

- O primeiro caso (Família 1) remete para uma situação em que, decorrente da negociação efectuada entre os seus elementos, terá resultado uma conjuntura de concórdia, relativamente à relação de interdependência conjugal que passaram a estabelecer;
- Os segundo (Família 6) e terceiro (Família 13) casos remetem para situações em que, apesar da negociação efectuada entre os seus elementos, não terá resultado uma conjuntura de concórdia relativamente à relação de interdependência conjugal que se passou a estabelecer.

Relativamente aos dois últimos casos, torna-se necessário dizer que, embora ambos se tenham reportado a uma mesma situação de não concórdia, estes distinguiram-se pelo facto de o primeiro (Família 6) se ter reportado a uma situação de não concórdia dotada de um carácter de resignação (*Conformismo*), enquanto o segundo (Família 13) se traduziu uma situação de não concórdia, dotado de um carácter de não resignação (*Inconformismo*).

Família 1

Quando principiou o seu discurso, proferindo: “*No início, o voltar para casa não foi muito fácil ...[...]*” (I₁) - I₁, logo deu a entender que a “entrada na reforma” terá desencadeado uma mudança naquela que era, até então, a sua vivência familiar. Na continuidade, quando utilizou a expressão simbólica “*nem tudo foi um mar de rosas*”... (I₁), fez ainda transparecer que a referida vivência terá sido dotada de uma certa conturbação e que essa terá afectado a dinâmica relacional que na época se estabelecia entre o casal.

Só mais à frente, os significados que emergiram da sua narrativa revelaram que algumas das reaprendizagens no domínio do *ser em família*, terão sido realizadas e essas estiveram relacionadas com o desenvolvimento de estratégias que visavam de interdependência conjugal (ex. [...] *depois de falarmos, estabelecemos um plano: em determinados dias da semana, cada um de nós teria um tempo para as suas próprias actividades. Nos outros dias, passaríamos a desenvolver actividades conjuntas [...]*” (I₁)).

Uma idêntica perspectiva foi evidenciada pelos significados encontrados na narrativa do seu cônjuge (C₁). Quando C₁ proferiu “[...] *torna-se imprescindível que cada um mantenha o seu espaço e, em conjunto, torna-se também importante que o casal encontre o seu espaço comum!*” (C₁); a atribuição simbólica que este efectuou à noção de “espaço” fez analogamente notar que, uma renovada forma de *ser em família* passou a ser adoptada pelos elementos desta família.

Desta forma, como que em busca de uma negociação de espaço que visou o estabelecimento de um certo sentido de independência nos seus elementos, a referida reaprendizagem terá então promovido o desenvolvimento da relação de interdependência conjugal que a partir desse momento se passou a estabelecer neste casal, cujo resultado de satisfação se fez notar nos significados positivos que nas suas narrativas se puderam encontrar ([...] *a nossa vivência passou a ser muito mais interessante: passamos a realizar as tarefas juntos, começamos a viajar ... [...]*” (I₁); e a partir do momento em que paramos, para ponderar esse espaço, tudo se tornou muito mais fácil [...] *agora divertimo-nos muito mais...*” (C₁)).

“No início, o voltar para casa não foi muito fácil [...] É interessante verificar como alguns acontecimentos de vida parecem alterar o percurso das nossas vivências [...] Estou casada há quase cinquenta anos com o meu marido, nunca nos separamos, sempre tivemos uma boa relação e, mesmo assim, parece que ainda não o conhecia 😊. Não é que ele não me tivesse dado um grande apoio durante esta minha fase mas, no início “nem tudo foi um mar de rosas”...😊 [...] A verdade é que sempre estive mais ligada às minhas pesquisas, aos meus afazeres e aos meus alunos e nunca liguei muito às suas saídas 😊 [...] depois de falarmos, estabelecemos um plano: em determinados dias da semana, cada um de nós teria um tempo para as suas próprias actividades. Nos outros dias, passaríamos a desenvolver actividades conjuntas [...] a nossa vivência passou a ser muito mais interessante: passamos a realizar as tarefas juntos, começamos a viajar ...[...].” (I₁).

“[...] não foi fácil ...e ainda hoje...[...] por vezes temos as nossas “zangas”, talvez tal ocorra porque estamos mais tempo juntos! [...] mas, ultimamente, parece que já encontramos o nosso equilíbrio! 😊 [...] Na minha perspectiva, torna-se imprescindível que cada um mantenha o seu espaço e, em conjunto, torna-se também importante que o casal encontre o seu espaço comum! 😊 [...] e a partir do momento em que paramos, para ponderar esse espaço, tudo se tornou muito mais fácil [...] agora divertimo-nos muito mais...! 😊” (C₁).

Família 6

As narrativas da família 6 deram a entender que, quando I₆ “entrou na reforma”, existiu uma tentativa de negociação de interdependência relacional, entre o casal [“[...] No início, ainda tentei falar com ele [...]” (I₆); “[...] ainda lhe dei alguma atenção [...]” (C₆)].

Contudo, pelos significados que os seus elementos atribuíram a essa experiência, o resultado da mesma parece não ter sido eficaz. O discurso de I₆ evidenciou que tal situação poderá ter sido propiciada pela ineficiente comunicação que na época se terá estabelecido entre o casal [“Parecia que estava a falar para as paredes... ele não me ouvia ou então, «fazia de conta que não me ouvia!»< 🗨️” (I₆)].

Mas outros factores terão igualmente contribuído para tal situação. Quando C₆ fez alusão ao facto de durante anos transactos, ter sido habitualmente autónomo nas decisões das suas vivências e de repente, com a reforma da sua cónjuge, se aperceber que essa dinâmica poderia vir a ser afectada, logo retrocedeu no possível acordo de interdependência que pudesse vir a realizar com a mesma [“[...]inicialmente ainda lhe dei alguma atenção mas, com o tempo, achei que ela estava a abusar e eu já estava a perder a minha independência...” (C₆)].

A referida postura de C₆ e, muito possivelmente, também o estado de saúde que na época apresentava (estado depressivo), terão sido causadores da falta de alento que I₆ demonstrou nas suas narrativas, quanto à referida reaprendizagem. Aliás, a atitude de um total conformismo que por si foi revelada, relativamente à referida inexistência de concórdia conjugal [“agora [...] organizo as minhas coisinhas, vejo as minhas novelas e tenho a minha vizinha [...] vivo os meus dias para mim e não espero nada dele...! [...]” (I₆)], assim o comprovou.

“[...] e então, quando me reformei, pensava que ia passar mais tempo com o meu marido ... mas isso não aconteceu! ☹... . Ele tinha sempre de ir fazer os seus tratamentos e ...como também já tinha os seus compromissos com os amigos, pouco tempo restava para mim... [...] No início, ainda tentei falar com ele mas..., desisti! Parecia que estava a falar para as paredes... ele não me ouvia ou então, «fazia de conta que não me ouvia!» < ☹. Nessa altura senti-me pior, ainda [...] agora [...] organizo as minhas coisinhas, vejo as minhas novelas e tenho a minha vizinha [...] vivo os meus dias para mim e não espero nada dele...! [...]” (I₆)

“ [...] mas, sempre tive os meus afazeres e não era agora que ia mudá-los! [...] ela pensava que eu ia ter tempo para a aturar!... [...] inicialmente ainda lhe dei alguma atenção mas, com o tempo, achei que ela estava a abusar e eu já estava a perder a minha independência...! Queria que eu estivesse sempre de volta dela e... cansei-me! [...] Tenho de cuidar de mim, porque só tenho uma vida! ☺” (C₆)

Família 13

O quadro de reaprendizagem de interdependência conjugal, revelado pelos elementos da família 13, foi distinto dos anteriores. Neste casal, ainda que tivesse havido uma clara tentativa de estabelecimento de um acordo, essa reaprendizagem foi discordante.

Alguns excertos das suas narrativas deram conta desse mesmo efeito e fizeram notar que C₁₃ revelou uma atitude de um certo inconformismo relativamente a essa discordância de interdependência relacional que, entre si e a sua cônjuge, se passou a estabelecer “[...] Não “embarco” nessa... nem pensar! Continuo a sair! [...]” (C₁₃); “[...] Ela não entende que eu não posso andar por aí como um doido e não se convence que o dever dela é acompanhar-me [...]” (C₁₃)

“[...] Que saudades que eu tenho daquele tempo! [...] sabe, não tenho paciência para estar em casa! Em casa não se aprende nada! [...] O meu marido sempre foi mais caseiro e pensava que eu ia ficar casa a coser meias e a fazer croché em frente à lareira! Essa nunca foi a minha postura perante a vida! [...] Por minha vontade andava sempre na rua! Várias vezes lhe tenho dito que deve sair ir ter com os seus amigos.... Enfim, viver a vida! Mas ele só se sabe lamentar, está sempre a queixar-se que está doente ...[...] eu sei que ele tem uma doença do coração. Mas não é nada de grave e está a ser vigiado. Está bem medicado e há anos, que não tem qualquer indício de arritmia. [...] e conheço pessoas que estão bem pior e continuam a fazer a sua vida! «Às vezes, parece-me que ele se agarra à doença só para não me fazer a vontade!» <☹️ [...] Não embarco nessa... nem pensar! Continuo a sair! Vou todos os dias de manhã à minha ginástica e já fiz lá um bom grupo de amigas [...] pelo menos, duas vezes por semana, vamos lanchar a uma pastelaria diferente [...]” (I₁₃)

“[...] eu pensava que a minha mulher ia acalmar depois da reforma mas, ... parece que ainda ficou pior! Ninguém a aguenta, está sempre a arranjar motivos para sair e pouca companhia me faz...[...] No início, ainda tentei acompanhá-la, mas não tenho saúde para o fazer! Ela não entende que eu não posso andar por aí como um doido e não se convence que o dever dela é acompanhar-me [...]” (C₁₃)

A gestão do conflito relacional

Um outro conjunto de significados, revelado nas narrativas dos subsistemas conjugais estudados, foi aquele que se fez identificar com a gestão do conflito relacional. Dada a fase do ciclo vital em que a maioria dos referidos se encontrava (ninho-vazio) e atendendo às características de desenvolvimento de que eram detentores os seus elementos (meia-idade), este achado não se traduziu numa completa novidade. Na verdade, a contextualização teórica inicialmente apresentada já assim o fazia prever, quando mencionava que durante esta fase do ciclo vital da família se tornava bastante frequente a ocorrência de distúrbios conjugais. Contudo, ficou sempre omissa a influência que a vivência transicional conferida pela “entrada na reforma” poderia exercer nessa mesma ocorrência e terá sido neste sentido que a análise das narrativas, agora em estudo, permitiram obter um conhecimento mais profícuo sobre o referido fenómeno.

Os significados que se passam a apresentar tornaram evidente o facto deste acontecimento de vida ter exercido uma influência determinante na comunalidade que os vários subsistemas conjugais passaram a experimentar neste período de transição. Apesar destes se terem manifestado em diferentes áreas dessa mesma comunalidade (ex. física, espiritual, psicológica e social), permitiram verificar que o referido efeito terá levado a que os seus elementos tivessem realizado diversas reaprendizagens de *ser em família*.

Família 2

As narrativas desta família fizeram notar que a “entrada na reforma” alterou o modo como o subsistema conjugal passou a rever a sua vivência de comunalidade. Quando I₂ disse: “[...] só quando voltei para casa é que me apercebi da realidade das coisas...[...]” (I₂), deixou transparecer como a partir desse momento passou a observar de diferente forma o mundo físico que o rodeava e como, de tal diferenciação, terá resultado o distinto significado que passou a atribuir ao relacionamento que na época estabelecia com a sua cónjuge.

Na continuidade da sua narrativa, os excertos: “[...] a minha mulher nunca mais me deu sossego! [...]” e “está sempre a queixar-se [...]” (I₂) continuaram a ilustrar a residual existência de conflito e fizeram notar que várias dimensões da comunidade deste subsistema terá sido afectada com a sua “entrada na reforma”.

Também a narrativa da sua cónjuge (C₂) evidenciou a existência do referido conflito e no decorrer da mesma ficou subentendida a reaprendizagem que este elemento terá realizado, no sentido de dar resposta a esse mesmo conflito. Emitida com algum sentido de humor, a expressão “[...] «Entra-me por um ouvido e sai-me pelo outro» [...]”(C₂) fez notar que, da parte deste elemento, já se faziam mobilizar algumas estratégias para fazer face ao desconforto que tal conflito possivelmente lhe causava.

“...só quando voltei para casa é que me apercebi da realidade das coisas... [...] a minha mulher nunca mais me deu sossego! [...] Apesar do meu vencimento não ter sido muito afectado, o que verifico é que agora existe mais tempo disponível para gastar dinheiro e ... os nossos gastos também acabam por ser maiores, porque a minha mãe veio cá para casa «e precisa de cuidados especiais» ☹️. Eu farto-me de dizer isso à minha mulher mas... acho que ainda não interiorizou bem isso [...] está sempre a queixar-se que não vamos a lado nenhum ... e não estamos em época para fazer grandes passeios!!!...” (I₂)

“[...] nunca mais tive sossego..., desde que o meu marido se reformou! [...] depois estava sempre a reparar naquilo que fazia... Se, às 11 horas, não estivesse a preparar o almoço, já me estava a chamar à atenção ... e embirrava com muitas das coisas que eu fazia. [...] As coisas agravaram-se, ainda mais, com a vinda da mãe dele cá para casa! ☹️ ... A todo o momento, estava a chamar-me para cuidar dela... [...] nem um copinho de água era capaz de lhe dar [...] passamos a discutir muito mais [...] estava à espera de ter outro tipo de vida, que não passei a ter! Mas, tentei encontrar estratégias para me defender... sabe como? «Entra-me por um ouvido e sai-me pelo outro» < ☹️ Já estou a ficar velha para me “chatear”!!! ☹️ [...]” (C₂)

Família 5

As narrativas da família 5 deram conta que a situação de conflito conjugal já era frequente antes da “entrada na reforma”. Todavia, terá sido com a referida vivência que tal situação se terá agravado.

Segundo foi dado a perceber, o elemento C₅ ainda depositou algumas expectativas de melhoria para este período, mas a determinado momento da sua narrativa, acabou por revelar que esse efeito não se terá concretizado [“[...] Ainda cheguei a pensar que com a idade ele viesse a acalmar mas, está-lhe no sangue!!!” (C₅)]. Em resultado de uma vivência de comunalidade que não viu assim ser realizada, e como que em defesa de si própria, a reaprendizagem que realizou no domínio do *sentir em família* passou por uma tentativa de fazer crer, a si mesma, que tal situação não lhe constituiria fonte de agravo [“[...] «já nem me importo muito!!!» <<☛ [...]” (C₅)]. Contudo, a continuidade do seu discurso veio a revelar que tal reaprendizagem terá sido pouco eficaz, uma vez que, não tolerando determinadas atitudes do marido, a sua insurgença ficava manifesta e daí persistir o conflito conjugal [“[...] às vezes não me contenho e discutimos com alguma frequência!!!” (C₅)].

Também as narrativas de I₅ evidenciaram a referida vivência. De acordo com as mesmas, foi possível depreender que a reaprendizagem de *ser em família*, por si adoptada, terá passado pela adopção de uma atitude de afastamento do conflito [“[...] mas, há alturas em que tenho de arranjar motivos para sair de casa... «e, lá vou eu caçar para o Alentejo, até as coisas se acalmarem!!!»>>☛ [...]” (I₅)]. Acrescendo a esta atitude, o diminuto empenho que essa sua reaprendizagem tomou no sentido alterar o referido quadro [“[...] e também, ... vou mudar para quê?” (I₅)]; tal situação terá levado a que a negociação de conflito conjugal se tivesse tornado ainda mais difícil de conseguir. A mudança que dessa negociação pudesse vir a suceder, também não pareceu ser uma situação cuja brevidade fosse desejada por este elemento [“[...] Pelo menos, enquanto tiver a minha filha a meu cargo; vou-me deixando estar e não vou alterar nada!» [...] (I₅)]. Com base nesta perspectiva e ainda que com algumas reservas, em última análise poder-se-á interpretar que a referida forma de *sentir em família* se identificaria como uma situação confortável para este elemento.

“[...] Olhe, se a relação que tinha com a minha mulher já não era fácil, a partir desse momento passou a ser um inferno... [...] também, não era pelo facto de me reformar que iria ficar diferente [...] neste momento está mais ameno mas, há alturas em que tenho de arranjar motivos para sair de casa... «e, lá vou eu caçar para o Alentejo, até as coisas se acalmarem!!!»>> 🦋...[...] esta situação já não tem solução e também, ... vou mudar para quê? Pelo menos, enquanto tiver a minha filha meu cargo; vou-me deixando estar e não vou alterar nada!» [...]” (I₅)

“[...] a nossa relação foi sempre um pouco conflituosa... e depois de ele se ter reformado tornou-se, ainda, pior! [...] Ainda cheguei a pensar que com a idade ele viesse a acalmar mas, está-lhe no sangue!!! [...] também, ... «já nem me importo muito!!!» << 🦋 [...] a única coisa que me aborrece é a mentira! E, por isso, às vezes não me contengo e discutimos com alguma frequência!!!” (C₅)

Família 9

A situação de conflito relacional verificada no subsistema conjugal desta família parece ter-se agudizado após I₉ ter “entrado na reforma”. As narrativas que os seus elementos facultaram assim o evidenciaram e, pela análise das mesmas, ficou igualmente manifesto que: esta forma de “*sentir em família*” não terá sido apenas indiciada pelo carácter prematuro que tal acontecimento de vida tomou no ciclo vital desta família, mas também, e sobretudo, pela confrontação de comunalidade a que o referido evento os terá exposto, após um longo período de distanciamento relacional.

Desta forma, os significados por eles proferidos deram a entender que nenhum dos dois estaria preparado para a referida vivência e muito menos para as consequências que, da mesma, viriam a resultar em termos de relacionamento conjugal “[...] e eu que estava habituado a fazer as minhas coisas sem ter de dar satisfações a ninguém e, de repente, parece que passei a ser mandado! (I₉); “[...] Quando ele me disse que se ia reformar, fiquei em pânico! Estava habituada a ter a minha rotina e tive medo que ele me viesse chatear [...]” (C₉)]. Em consequência, as reaprendizagens que terão sido realizadas no domínio do “*sentir em família*” revelaram-se escassas e limitadoras da possível gestão desse conflito [A minha mulher quer controlar tudo mas, eu ainda sou o homem da casa 🙌🙌🙌😊 (I₉); [...] ora, para quem esteve tantos anos fora da dinâmica de uma casa, não agora que tem o direito de vir para aqui mandar! [...] (C₉)].

“[...] e eu que estava habituado a fazer as minhas coisas sem ter de dar satisfações a ninguém e, de repente, parece que passei a ser mandado! A minha mulher quer controlar tudo mas, eu ainda sou o homem da casa 🙌🙌🙌😊...e depois, claro que tem de dar nisto (discussão)...! Às vezes chego mesmo a considerar que, me custava menos suportar as dores nas minhas costas do que a aturá-la...! [...]” (I₉)

“[...] Quando ele me disse que se ia reformar, fiquei em pânico! Estava habituada a ter a minha rotina e tive medo que ele me viesse chatear. Foi o que aconteceu... ele não percebe nada da vida e depois, tem a mania de implicar com todas nós! (a própria e as filhas) [...] ora, para quem esteve tantos anos fora da dinâmica de uma casa, não agora que tem o direito de vir para aqui mandar! [...] tudo era bem mais calmo quando ele estava fora (trabalhava)! [...]” (C₉)

A reorganização dos papéis e das funções conjugais

Uma outra reaprendizagem que o subsistema conjugal efectuou no domínio de *ser em família* foi a que esteve relacionada com a *reorganização dos papéis e funções conjugais*. As narrativas conseguidas assim o fizeram notar e ainda que essa se tivesse feito sentir em diversas áreas do referido processo de desenvolvimento familiar, a reaprendizagem que mais se destacou foi aquela que se relacionou com o papel e a função de “*Cuidador*”, que os elementos deste sub-sistema passaram a deter.

Os excertos seguintes colocam em evidência a mencionada reaprendizagem e, conforme se poderá verificar, esta direccionou-se de uma forma particular para as gerações descendentes.

Família 7

As narrativas proferidas pelo sub-sistema conjugal da família 7 revelaram a reaprendizagem que os seus constituintes realizaram do domínio do *ser em família*, pelos papéis e funções de “*Cuidador*” que passaram a deter após a vivência da “*entrada na reforma*”. Ainda que evidente em ambos os elementos, essa situação foi particularmente notória no discurso de I₇.

“[...] Tive de reaprender a viver: não é que já não o soubesse fazer ☺ mas..., tive de encontrar novas formas de ocupar a minha vida. Nesse campo a minha neta constituiu uma importante ajuda... passei a ter como profissão: “Ser avô”! ☺ [...] o meu horário de trabalho é o que ela me estipular... são as horas de ir busca-la à escola, as horas da sua piscina, do seu ballet... é em função destes horários que me movo. [...] «Não imagina a satisfação que essa minha nova actividade me dá!» 🐣> (I7)

“[...] passamos a ter uma maior proximidade com a minha neta [...] e ainda bem, porque sempre ajuda a desanuviar um pouco o ambiente [...] a minha mãe passou a intrrometer-se menos na nossa relação conjugal [...]” (C7)

Família 8

No subsistema conjugal da família 8 verificou-se uma idêntica reaprendizagem de ser em família e, uma vez mais, a função e papel de cuidador foi protagonizada pelo elemento I₈.

“[...] passei a ocupar o meu tempo com os meus netos. Particularmente com os gémeos que são os que necessitam de maiores cuidados. [...]. eles não se integraram bem no infantário e como tal tenho ajudado a minha nora a tomar conta deles[...] farto-me de passear com eles ...e sempre que o faço, é uma aventura! Na verdade sinto-me bastante orgulhoso com esta minha nova função, porque as pessoas reconhecem-me e vêem felicitar-me pelos dois netos lindos, que tenho.[...]. (I8)

“[...] nunca que viesse a revelar esta faceta [...] tem muito jeito para os netos ... passeia com eles, conta-lhes histórias, dá-lhes de comer [...] desconhecia esse seu papel [...] às vezes até fico com a sensação de que passei a ter um novo marido [...]” (C8)

2.3. A PERSPECTIVA DA VIVENCIA FUTURA

Quando questionados sobre a perspectiva em termos de vivencia futura, o subsistema conjugal tomou novamente a primazia da resposta e, em resultado da atribuição simbólica que estes realizaram ao referido período, das suas narrativas emergiram os seguintes temas e sub-temas (Figura 22):

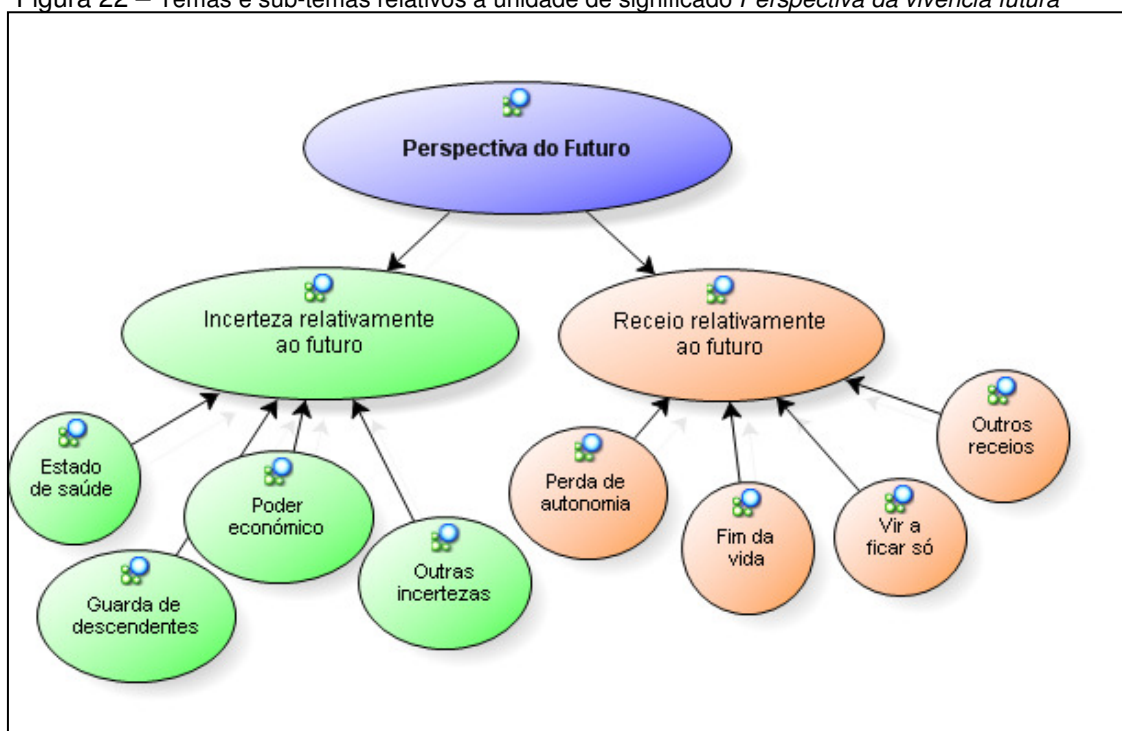
A) Incerteza relativamente ao futuro

- A.1) Incerteza relativa ao poder económico
- A.2) Incerteza relativa ao estado de saúde
- A.3) Incerteza relativa à “guarda” dos descendentes

B) Receio relativamente ao futuro

- B.1) Receio relativo à possibilidade de perda de autonomia
- B.2) Receio relativo à possibilidade de vir a ficar só
- B.3) Receio relativo à proximidade do fim da vida

Figura 22 – Temas e sub-temas relativos à unidade de significado *Perspectiva da vivencia futura*



Família 2

A *"Incerteza relativa ao poder económico"* foi o significado que mais se evidenciou do discurso do subsistema conjugal da família 2. Contudo, não foi exclusivo. Decorrente da sua análise, verificou-se ainda que o discurso de I₂ também revelou significados relacionados com a *"Incerteza relativa à "guarda" dos descendentes"* [...] *mas o mais novo ainda não está estável no trabalho, a sua mulher não trabalha e com isto nada me garante que ainda possam vir a necessitar de nós [...]"* (I₂) e o discurso de C₂ alguns significados referentes à *"Incerteza relativa ao estado de saúde"* [Qualquer dia pode-nos surgir alguma doença, a algum de nós e, depois é que..., já não vamos a lado algum [...]" (C₂)

"Ela (cônjuge) só pensa em sair, ir passear enfim... gastar dinheiro. Tenho medo que esse dinheiro nos venha a fazer falta no futuro. Veja o caso da minha mãe, se não fossemos nós eu não sei o que seria dela. No futuro também nada me garante que os meus filhos nos possam vir a ajudar. E, mesmo eles, hoje estão bem: porque acabaram por arranjar emprego ... mas o mais novo ainda não está estável no trabalho, a sua mulher não trabalha e com isto nada me garante que ainda possam vir a necessitar de nós [...]" (I₂)

"[...] e por isso, não penso da mesma maneira... [...] segundo a perspectiva do meu marido temos de andar sempre agarrados ao dinheiro. Eu sei que ele não é muito mas felizmente dá para vivermos desafogadamente e depois se não gozarmos agora, quando é que o vamos fazer? Qualquer dia pode-nos surgir alguma doença, a algum de nós e, depois é que..., já não vamos a lado algum [...]" (C₂)

Família 6

Nas narrativas do sub-sistema conjugal da família 6 foram encontrados vários significados de incerteza e de receio relativamente ao futuro que os esperava. Os de I₆, traduziram significados relativos ao *"Receio da possibilidade de vir a ficar só"* e ao *"Receio relativo à proximidade do fim da vida"*. Os encontrados nas narrativas de C₆ remeteram para a *"Incerteza relativa ao estado de saúde"*.

"[...] o meu maior receio é o de vir a ficar só. Ainda que não aparente, o meu marido é uma pessoa muito doente e com a diferença de idade que temos (6 anos) a probabilidade disso acontecer é muito forte....[...] nem é bom pensar nisso [...]" (I₆)

"[...] não sei como vai ser o meu futuro mas, digo-lhe: o que mais me preocupa é o meu estado de saúde tudo o resto são balelas....[...]" (C₆)

Família 11

O receio e a incerteza marcaram os discursos do sub-sistema conjugal da família 11. Os significados “*Receio relativo à proximidade do fim da vida*” (I₁₁) e “*Incerteza relativa à “guarda” dos descendentes*” (I₁₁ e C₁₁) traduziram esse facto e colocaram em evidencia a história de vida que esta família estaria a vivenciar (*re-nestening*).

“[...] e tenho medo do momento em que eu já não estiver neste mundo,... principalmente por sentir que poderei vir a fazer falta a este menino (neto) [...]” (I₁₁)

“[...] vamos andando e vamos vendo mas estou crente de que se vão encontrando soluções para a vida! Ainda assim não posso esconder que tenho alguma apreensão relativamente ao futuro dos meus netos... principalmente daquele que temos cá em casa [...]” (C₁₁)

Família 13

As narrativas deste sub-sistema conjugal apresentaram diferentes significados. Na de I₁₃, a “*Incerteza relativamente ao estado de saúde*” propiciou a emissão do “*Receio relativo à possibilidade de perda de autonomia*”. Reportando-se à sua cónjuge, na narrativa de C₁₃ o significado “*Receio relativo à possibilidade de vir a ficar só*” foi aquele que mais se evidenciou.

“[...] mas para mim, a pior coisa que me poderá reservar o futuro é a possível falta de saúde e a minha perda de autonomia... [...] não me vejo acamada ou com alguma outra situação que me impossibilite de ter a liberdade de movimento que tenho hoje... todo o resto «alguma coisa se há-de arranjar!» <» [...]” (I₁₃)

“[...] ... não tenho receio de ficar só, porque sei que vou primeiro... mas temo pela minha esposa!por ficar sem ninguém próximo que a apoie em alguma dificuldade que possa vir a ter [...]” (C₁₃)

Quadro 47 - Síntese de resultados da 2ª fase do Estudo Empírico

Momento	Tema	Subtema/Significado	Participantes	
"Antes"	A) Significado atribuído ao contexto laboral	A.1) Significados positivos (<i>Satisfação, Realização, Reconhecimento, Utilidade, Estimulo, Relação</i>)	I ₁ ; I ₂ ; I ₃ ; I ₈ ; I ₁₀ ; I ₁₃	
		A.2) Significados negativos (<i>Desmotivação, Desconforto, Saúde afectada, Cansaço, Insatisfação</i>)	I ₆ ; I ₄ ; I ₇ ; I ₁₁	
		A.3) Significados dualistas (<i>Sig. Positivos + Sig. Negativos</i>)	I ₅ ; I ₁₄ ; I ₉ ; I ₁₂	
	B) Significado atribuído à perspectiva da "entrada na reforma"	B.1) Significados de expectativa relativa à qualidade de vida futura [<i>Sig. Positivos⁽⁺⁾ / Sig. Negativos⁽⁻⁾</i>]		
		Significados de Dimensão Física	I ₁ ⁽⁺⁾ ; C ₁ ⁽⁺⁾ ; I ₄ ⁽⁺⁾ ; D ₄ ⁽⁺⁾ ; I ₈ ⁽⁺⁾ ; C ₈ ⁽⁺⁾ ; I ₉ ⁽⁺⁾ ; D ₁₉ ⁽⁺⁾	
		Significados de Dimensão Psicológica	I ₁ ⁽⁺⁾ ; C ₁ ⁽⁺⁾ ; C ₇ ⁽⁺⁾ ; C ₈ ⁽⁺⁾ ; I ₈ ⁽⁺⁾ ; I ₂ ⁽⁻⁾ ; C ₂ ⁽⁺⁾ ; A ₂ ⁽⁺⁾	
		Significados de Dimensão Relacional	I ₁ ⁽⁺⁾ ; I ₇ ⁽⁺⁾ ; C ₇ ⁽⁺⁾ ; A ₇ ⁽⁺⁾ ; C ₈ ⁽⁺⁾ ; C ₂ ⁽⁺⁾ ; A ₂ ⁽⁺⁾ ; I ₉ ⁽⁻⁾ ; C ₉ ⁽⁺⁾ ; D ₁₉ ⁽⁻⁾ ; I ₁₂ ⁽⁺⁾ ; C ₁₂ ⁽⁻⁾	
		Significados de Dimensão Independência	I ₉ ⁽⁺⁾ ; I ₁₂ ⁽⁺⁾	
		Significados de Dimensão Económica	I ₇ ⁽⁺⁾ ; C ₁₂ ⁽⁻⁾	
		B.2) Significados de incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida		
		Significados de Dúvida	D ₅ ; I ₈ ; I ₁₄	
		Significados de Apreensão	C ₂ ; I ₃ ; C ₃ ; I ₅ ; C ₅ ; D ₂₉ ; C ₁₄	
Significados de Receio	I ₂ ; C ₂ ; A ₂ ; I ₅ ; I ₈ ; C ₈ ; I ₉ ; C ₉ ; D ₁₉ ; I ₁₄ ; C ₁₄			
"Entrada na Reforma"				
"Após"	A) Significado atribuído à "entrada na reforma"	A.1) A "entrada na reforma" percebida como um ganho ⁽⁺⁾ Versus		
		A.2) A "entrada na reforma" percebida como uma perda ⁽⁻⁾		
		Significados de Tempo	I ₅ ⁽⁺⁾ ; I ₁₂ ⁽⁺⁾	
		Significados de Stress	C ₁ ⁽⁻⁾ ; I ₂ ⁽⁺⁾ ; I ₂ ⁽⁻⁾ ; C ₅ ⁽⁺⁾ ; I ₈ ⁽⁻⁾	
		Significados de Relação	I ₁ ⁽⁻⁾ ; I ₄ ⁽⁻⁾ ; D ₄ ⁽⁻⁾ ; I ₁₁ ⁽⁺⁾ ; D ₂ ⁽⁻⁾ ; A ₂ ⁽⁺⁾ ; D ₅ ⁽⁻⁾ ; I ₈ ⁽⁻⁾ ; D ₂₉ ⁽⁺⁾	
		Significados de Ansiedade	I ₉ ⁽⁻⁾	
		Significados de Saúde	I ₁ ⁽⁺⁾ ; I ₄ ⁽⁺⁾ ; D ₄ ⁽⁺⁾ ; I ₈ ⁽⁺⁾ ; I ₉ ⁽⁺⁾ ; I ₁₂ ⁽⁺⁾	
		Significados de Descontracção	C ₁₁ ⁽⁺⁾ ; I ₂ ⁽⁺⁾ ; I ₈ ⁽⁺⁾	
		Significados de Ritmo de vida	C ₁ ⁽⁻⁾	
		Significados de Liberdade	I ₉ ⁽⁻⁾ ; C ₁₂ ⁽⁻⁾	
	Significados de Poder Económico	I ₁₁ ⁽⁻⁾ ; D ₁₁ ⁽⁻⁾ ; D ₂ ⁽⁻⁾ ; C ₁₂ ⁽⁻⁾		
	Significados de Auto-estima	C ₅ ⁽⁻⁾ ; I ₁₂ ⁽⁻⁾		
	Significados de Status	I ₅ ⁽⁻⁾		
	B) Significado atribuído à vivência da "entrada na reforma"	B.1) Reaprender a <i>estar em família</i>		
		Significados de atitude neutra	I ₅ ; C ₅ ; D ₅ ; A ₇	
		Significados de atitude reflexa (positiva ⁽⁺⁾ , negativa ⁽⁻⁾ , ambivalente ^(+/-))	C ₇ ⁽⁺⁾ ; C ₉ ^(+/-) ; D ₁₉ ⁽⁻⁾	
		Significados de atitude proactiva (positiva ⁽⁺⁾ , negativa ⁽⁻⁾ , ambivalente ^(+/-))	I ₃ ^(+/-) ; C ₃ ⁽⁺⁾ ; I ₇ ⁽⁺⁾ ; I ₉ ⁽⁻⁾ ; D ₂₉ ⁽⁻⁾	
		B.2) Reaprender a <i>sentir em família</i>		
		Significados de Decepção	I ₁ ; C ₂ ; I ₃ ; C ₃ ; I ₅ ; I ₆ ; C ₆ ; I ₁₃ ; C ₁₃	
		Significados de Saudade	I ₁ ; I ₈ ; C ₈ ; I ₄ ; D ₄ ; I ₁₀ ; C ₁₀	
		Significados de Solidão	I ₃ ; C ₃ ; I ₄ ; D ₄ ; I ₆ ; C ₆	
B.3) Reaprender a <i>ser em família</i> (<i>Subsistema conjugal</i>)				
Significados de negociação da interdependência relacional		F ₁ ; F ₆ ; F ₁₃		
Significados de gestão do conflito relacional		F ₂ ; F ₅ ; F ₉		
Significados de reorganização dos papéis e das funções familiares ("Papel e função de cuidador")	F ₇ ; F ₈			
"Futuro"	A) Incerteza relativamente ao futuro	A.1) Significados de incerteza relativa ao poder económico	I ₂ ; C ₂	
		A.2) Significados de incerteza relativa ao estado de saúde	C ₂ ; C ₆ ; I ₁₃	
		A.3) Significados de incerteza à "guarda" dos descendentes	I ₂ ; I ₁₁ ; C ₁₁	
	B) Receio relativamente ao futuro	B.1) Significados de receio relativo à possibilidade de perda de autonomia	I ₁₃	
		B.2) Significados de receio relativo à possibilidade de vir a ficar só	I ₆ ; C ₁₃	
		B.3) Significados de receio relativo à proximidade do fim da vida	I ₁₁	

3. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos nesta segunda fase do estudo (cf. quadro 47) reiteraram o facto da “entrada na reforma” constituir um dos acontecimentos de vida, ocorridos no ciclo vital dos indivíduos, cujas repercussões se fazem manifestar numa inevitável vivência de fenómenos de transição. Os diversificados significados de mudança, que nas narrativas analisadas foram passíveis de encontrar, colocaram em evidência esse facto e deram ainda a perceber que essa mesma vivência não deixou indiferente nenhum dos indivíduos nela implicados. Com efeito, ainda que o indivíduo protagonista desta vivência pudesse ter apresentado algum destaque no âmbito do desenvolvimento da referida transição, a verdade é que, em maior ou em menor grau de expressividade, todos os elementos das famílias (alvo de estudo) manifestaram uma idêntica alteração de vida. Essa situação tornou-se por demais manifesta quando, pela análise dos seus discursos, se verificou que o *Eu* e o *Mim* (de cada elemento seu constituinte) permaneceram em constante questionamento e que estes, por sua vez, se expressaram em resultado da interacção relacional que estabeleceram com os outros “*Eu’s*” e “*Mim’s*” (pertencentes ao mesmo agregado familiar). Por ordenação sequencial, estas terão sido as formas de expressão que resultaram do *self* e da *mente* dos elementos constituintes das famílias estudadas. Todavia, também as *coisas*, os *símbolos*, a *linguagem*, a *auto-interacção* e a *interacção de grupo* que das suas narrativas emergiram, deram igualmente conta que a referida experiência de transição não foi exclusiva do elemento protagonista, mas antes transversal à vivência de todos os elementos pertencentes à sua família.

Foi, então, decorrente da análise dos significados que os indivíduos atribuíram à referida vivência e das características dos contextos em que as mesmas se desenvolveram (obtidas mediante a informação facultada pelos elementos da família), que resultaram os temas e os subtemas sobre os quais se passa a dissertar. Contudo, ainda antecedendo esta tarefa, considera-se pertinente tecer algumas alegações gerais relativamente à percepção que resultou da referida análise, sendo que dela também emergiram contributos válidos que auxiliaram a obter uma resposta para a questão de investigação que orientou esta 2ª fase de investigação (*Como é que os indivíduos e famílias percebem o processo de transição originado pela “entrada na reforma?”*).

Deste modo, e conforme foi dado a perceber pelo global conteúdo das entrevistas, o tempo de “entrada na reforma” (no qual se encontravam os indivíduos quando foram entrevistados) não se revelou muito diferenciador, em termos de significados de alteração e/ou dificuldades por estes proferidos. Essa situação poderá ter sido atribuída ao facto de todas as famílias estudadas se apresentarem num idêntico período de vivência deste fenómeno (segundo critério de inclusão, há menos de cinco anos). Mas, ainda assim, porque se verificou que a intensidade emocional colocada nas narrativas dos seus elementos foi diminuindo à medida que a vivência em estudo foi evoluindo em termos temporais, tal situação fez transparecer que, apesar dessas alterações e/ou dificuldades poderem ter sido idênticas, as famílias foram-se gradualmente ajustando à referida transição. Uma idêntica perspectiva já não foi percebida relativamente ao contexto relacional no qual se desencadeou a referida transição. Isto porque, ainda que as de alterações e/ou dificuldades inicialmente vivenciadas tenham sido idênticas, foi nos contextos relacionais mais abertos e favoráveis ao desenvolvimento dos seus elementos que se verificaram os significados de ajustamento à transição mais precocemente conseguidos.

Em função das anteriores considerações, o ponto de partida para efectuar esta discussão será o seguinte:

Cada indivíduo e cada família, a seu tempo e no seu contexto, percepcionou a sua própria vivência de “entrada na reforma” e, em função das alterações e/ou dificuldades com as quais se depararam durante esse período, foram encontrando formas e estratégias para lhes dar a resposta mais adequada.

Terá sido, então, da referida experiência que resultaram as percepções de vivência que tiveram oportunidade de transmitir nas suas narrativas e será sobre os principais significados emergentes nas mesmas que se passa agora a tecer algumas considerações gerais. Relativamente a estas, faz-se ainda saber que, de forma a não se tornar demasiadamente exaustiva e porque ao longo da apresentação dos resultados já foram sendo comentadas algumas evidências empíricas encontradas, esta discussão cingir-se-á aos aspectos que se consideraram mais relevantes em termos de contributo para o presente contexto de investigação.

A vivência antes da “entrada na reforma”

A análise das narrativas, que se reportaram à unidade de significado *Antes da “entrada na reforma”*, permitiu dar conhecer os significados que os indivíduos atribuíram à vivência que detiveram no referido período. Os *Significados atribuídos ao contexto laboral*, revelaram a atribuição simbólica que os protagonistas deste acontecimento conferiam ao seu exercício profissional. Os *Significados atribuídos à perspectiva da “entrada na reforma”*, evidenciados nas narrativas de todos os participantes, divulgaram a expectativa que detinham relativamente à qualidade de vida futura e a incerteza que apresentavam quanto à adaptação a uma nova forma de vida.

Significado atribuído ao contexto laboral

A actividade laboral ocupou um espaço expressivo no percurso vivencial dos indivíduos em estudo. Os significados encontrados nas suas narrativas assim o fizeram entender e deram ainda a perceber que a atribuição simbólica por estes conferida, ao contexto no qual tinham desenvolvido esse exercício, teria sido determinante para a forma como perceberam e vivenciaram a “entrada na reforma”.

Em conformidade com o conhecimento transmitido na contextualização teórica, verificou-se então que: os indivíduos mais ajustados ao seu contexto laboral (isto é, aqueles que ao longo da sua vida investiram e se sentiram mais motivados com o seu exercício profissional e, cujo resultado, se poderá ter repercutido em termos de reconhecimento social) foram aqueles que com maior frequência atribuíram significados positivos ao contexto laboral (ex. “Satisfação”, “Realização”, “Utilidade”, “Estímulo”). Os menos ajustados (isto é, aqueles que ao longo das suas epifanias revelaram ter exercido a sua profissão com escasso empenho, interesse e/ou pouca motivação; vendo muitas vezes no seu trabalho uma mera fonte de rendimento económico), foram os que com maior frequência atribuíram significados negativos a esse mesmo contexto (ex. “Desmotivação”, “Desconforto”, “Insatisfação”, “Saúde afectada”).

Os seus discursos narrativos revelaram ainda que a referida atribuição nem sempre se fez manifestar de uma forma tão clara e linear, como a anterior perspectiva expôs. A concomitante emissão de significados positivos e negativos, encontrada em alguns dos seus excertos, assim o revelaram e permitiram verificar ainda que o referido contexto

também foi percebido de uma forma dual [cf. *Significados atribuídos à “entrada na reforma”* (Figura 45)]. Fazendo denotar o sentimento de ambivalência que teria acompanhado alguns indivíduos, neste período da sua vida (ex. gostarem imenso do trabalho que realizavam e perceberem ser socialmente reconhecidos mas, simultaneamente, sentirem-se cansados e desejosos de vir a ter mais tranquilidade, menos responsabilidades e mais tempo para fazerem outras coisas, que até à data tinham vindo a adiar), este achado veio, então, revelar que esta forma de percepção também se terá constituído como problemática, no momento em que perspectivavam a tomada de decisão da “entrada na reforma”.

Com efeito, segundo deram a perceber as epifanias proferidas pelos indivíduos que protagonizaram este acontecimento, o referido momento não terá sido de muito fácil vivência. E, se tal situação não se revelou facilitada para aqueles que tiveram a oportunidade de “entrar na reforma” de forma autónoma, para os que se viram obrigados a aposentar de forma forçada [ex. por motivos de saúde (F_4 e F_9), despedimento (F_{14})], esta vivência terá sido acrescida de um maior stress. Esta dificuldade tornou-se mais agravada, ainda, quando: se revelaram detentores de um nível socioeconómico baixo (ex. F_4 , F_9 e F_{11}) ou quando já estariam a vivenciar outros acontecimentos de vida que lhes constituíam uma idêntica fonte de stress (foi o caso da família F_{11} que, conforme deram a conhecer, vivenciavam em simultâneo um processo de *re-nesting*).

Decorrente da anterior exposição, depreendeu-se então que embora a percepção atribuída ao contexto laboral possa ter influenciado a forma como os indivíduos perspectivaram a “entrada na reforma”, esta não terá sido exclusiva. Outras percepções, relacionadas com factores que à primeira vista seriam alheios a este contexto, poderão ter igualmente influenciado essa mesma perspectiva e ter resultado num quadro de vulnerabilidade que os terá exposto a uma vivência de elevado stress, durante o período que antecedeu a decisão de “entrada na reforma”.

Assim sendo, cientes das implicações que uma vivência desta natureza poderá assumir em termos de equilíbrio do estado de saúde dos indivíduos e suas famílias, alerta-se para o facto deste constituir um dos momentos cruciais para se intervir neste domínio.

Explorar com os indivíduos a forma como percebem o seu contexto laboral e, conjuntamente com os restantes elementos da família, identificar os factores que possam vir a constituir uma fonte de stress na vivência que antecede a “entrada na reforma”, são algumas das intervenções que o exercício da Enfermagem poderá deter com vista a promover a saúde individual e familiar, durante este processo de transição.

Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”

Decorrente das anteriores alegações, tudo levaria a supor que os indivíduos que atribuíram um significado negativo ao seu contexto laboral fossem aqueles que viessem a perspectivar a “entrada na reforma” de um modo mais favorável. De certa forma, esta situação veio a revelar-se. Contudo, atendendo à análise efectuada, essa perspectiva parece não ter sido tão exclusiva a estes indivíduos, como à partida seria de prever.

Tratando-se de uma vivência transicional que, conforme revelaram os significados emergidos das narrativas dos intervenientes, teria sido essencialmente identificada com obtenção de ganhos para qualidade de vida [cf. *Significados de expectativa relativa à qualidade de vida futura* (Figura 45)], o que se verificou, na realidade, foi que independentemente do significado que tinham atribuído ao contexto laboral (positivo, negativo ou dualístico) ou de serem os protagonistas ou familiares dos mesmos, a grande maioria dos indivíduos perspectivava esse acontecimento de vida uma forma positiva.

Com efeito, ainda que acompanhadas de diversos *significados de incerteza relativamente à adaptação a uma nova forma de vida* [nomeadamente, de significados de “Dúvida”, “Apreensão” e de “Receio” (cf. *Significados de incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida* (Figura 45)], as narrativas permitiram evidenciar que a maioria dos participantes perspectivava vir a obter uma melhor qualidade de vida após a “entrada na reforma” e que essa seria mais esperada em termos de melhoria do seu estado de saúde (dimensão física), diminuição da angústia e do stress causado pelo trabalho (dimensão psicológica) ou ainda, do ganho uma maior liberdade de acção (dimensão independência).

Todavia, porque os significados atribuídos à real vivência deste acontecimento [cf. *Significados atribuídos à “entrada na reforma”* (Figura 45)] não se traduziram por uma total percepção de “ganho”, mas também como alguma sensação de perda; considera-se

importante realçar que o “positivismo” usualmente atribuído a este acontecimento de vida nem sempre se traduz numa realidade. Com esta afirmação, não se pretende colocar em causa os inúmeros efeitos positivos que da “entrada na reforma” poderão advir (até mesmo porque, conforme foi dado a conhecer na contextualização teórica, essa perspectiva não seria, de todo, verdade). Contudo, atendendo a que este acontecimento de vida ocorre de uma forma cada vez mais precoce no ciclo vital dos indivíduos [cf. Quadro 16 (1ª FASE)] e que dele decorre um inevitável processo de transição que pode sem mais ou menos bem-sucedido, dependendo da forma como os indivíduos estejam preparados para o vivenciar, torna-se cada vez mais necessário consciencializar os indivíduos e famílias para as interferências que este acontecimento poderá exercer no decurso das suas vidas.

Acompanhando os indivíduos e famílias ao longo do seu ciclo vital e sendo os profissionais de saúde que mais próximos dos mesmos se encontram, considera-se que os enfermeiros poderão ter uma intervenção bastante profícua neste contexto. Não se devendo cingir apenas ao indivíduo protagonista, mas ser abrangente a toda a família, esta sua intervenção deverá ir no sentido de elucidar sobre os potenciais ganhos e perdas que possam advir deste acontecimento, por forma a ajudar os mesmos para uma melhor tomada de decisão com respeito à futura “entrada na reforma”.

A vivência após a “entrada na reforma”

Dos excertos de narrativas que se reportaram à unidade de significado *Após a “entrada na reforma”*, foram passíveis de extrair duas áreas temáticas. A primeira, denominada por *Significado atribuído à “entrada na reforma”*, evidenciou os significados de ganho e de perda que os participantes atribuíram ao referido acontecimento de vida, após a sua efectiva vivência. A segunda, designada por *Significado atribuído à vivência da “entrada na reforma”*, revelou os significados que os mesmos atribuíram à forma como passaram a viver em família, após se ter dado o referido acontecimento de vida.

Significado atribuído à “entrada na reforma”

Após a “entrada na reforma”, os indivíduos e as suas famílias passaram a experimentar a efectiva vivência deste acontecimento de vida e segundo deram a conhecer pelas suas narrativas, o significado que passaram a atribuir a esse mesmo acontecimento parece ter-se alterado um pouco em relação ao que anteriormente detinham.

Para os protagonistas, o passar a ter mais tempo para si, o viver sem as responsabilidades e sem as obrigações que o trabalho lhes exigia, o estar mais afastados do stress e dos conflitos organizacionais e outros aspectos que lhes constituíram fonte de satisfação, terão facilitado a profusão dos significados de “ganho” que foram encontrados nas suas narrativas. Estes e outros motivos, terão igualmente levado a que os restantes elementos das suas famílias tivessem percebido a “entrada na reforma” como um “ganho” para a sua própria vida, até mesmo porque passar a viver com uma pessoa mais descontraída, com melhor estado de saúde e com mais tempo para eles terá decerto constituído uma mais valia para o ambiente familiar [cf. *Significados atribuídos à “entrada na reforma”* (Figura 45)].

Contudo, porque a confrontação com a perspectiva que detinham (antes deste acontecimento de vida ter sucedido) se tornou inevitável e porque, para aqueles cuja expectativa não se reviu na vivência que passaram a deter, tal situação terá originado algum descontentamento, também nas suas narrativas foram passíveis de identificar significados de “perda”. Embora tenham sido mais evidentes nos indivíduos que protagonizaram este acontecimento de vida (ex.: a elevada profusão de significados de

“Perda de Relação”, que denotou o afastamento e circunscrição da rede social com a qual habitualmente se relacionavam), para os restantes elementos da família essa mesma percepção também parece ter estado presente (ex. os significados relacionados com a “Perda de poder económico” que passaram a deter após o protagonista se ter aposentado) [cf. *Significados atribuídos à “entrada na reforma”* (Figura 45)]. Esta proliferação de significados de “ganho” e de “perda” e a forma concomitante como se revelaram nas narrativas analisadas constituiu, então, uma das provas mais evidentes de que estes indivíduos estariam a vivenciar um fenómeno transicional. Na verdade, esta situação não constituiu surpresa, uma vez que, tal como em outras vivências de natureza transicional, também esta se acabou por identificar com a ideia de que *“o resultado de uma transição pode revestir-se [...] de aspectos positivos e negativos, envolvendo ganhos e perdas desenvolvimentais”* (Schlossberg e Hopson *apud* Fonseca, 2005).

Todavia, considera-se que as evidências deste estudo vieram acrescentar um pouco mais a este domínio do conhecimento. Esse contributo esteve relacionado com o facto de se ter dado a conhecer que a referida percepção de vivência transicional não se fez manifestar unicamente no protagonista deste evento, mas, também, e de forma bastante evidente, nos restantes elementos da sua família. Em concordância com o *Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano* (Bronfenbrenner, 1979), este achado veio então reiterar o facto das vivências de transição não poderem ser entendidas de forma isolada, mas terem de ser analisadas num contexto de interacção sistémica (Meleis, 2010), que no caso do presente fenómeno transicional envolveu, forçosamente, o sistema familiar.

Com base nesta perspectiva e à luz da Enfermagem, uma vez mais se alertam estes profissionais de saúde para o facto da sua intervenção não se poder fazer de uma forma unicamente dirigida para os indivíduos que protagonizam esta vivência mas, similarmemente, para aqueles que são os implicados nesta transição; entre os quais se destaca a *Família*. Com efeito, tratando-se do contexto de desenvolvimento dos mesmos e atendendo à interacção sistémica que nele se estabelece (Hanson, 2005); o envolvimento da família torna-se inevitável: não apenas, pelos efeitos que esta transição lhes poderá suscitar (família enquanto alvo de cuidados) mas, também, porque poderão constituir um importante aliado na implementação de estratégias que venham a minimizar esses mesmos efeitos (a família enquanto cuidadora informal).

Significado atribuído à vivência da “entrada na reforma”

Os significados atribuídos à vivência da “entrada na reforma” revelaram que o acontecimento transicional em estudo terá impelido os indivíduos e as suas famílias para a experiência de diversificados fenómenos de readaptação sistémica. Esta readaptação, assumindo-se em si própria como uma reaprendizagem, diferiu em todos os sistemas (indivíduos e/ou famílias) e pelos contextos de narrativa em que os referidos significados foram proferidos. Foi possível, ainda, verificar que a mesma terá sido uma expressão reflexa das vivências anteriormente detidas.

Um exemplo claro dessa premissa foi o reaprender a *Estar* em família, cujos significados emergidos das narrativas deram a revelar. O facto de se ter constatado que as atitudes face a esta transição variaram entre os constituintes das famílias estudadas e que as mesmas se fizeram identificar com uma postura pró-activa, reflexa ou neutra; estas evidências deram conta que as atribuições conferidas aos fenómenos de adaptação, agora vivenciados, teriam sido uma consequência da interacção funcional pré-existente.

Terá sido, então, decorrente da participação, do envolvimento e do tipo de relação que os que os indivíduos estabeleciam com o seu sistema familiar, antes desta vivência, que resultaram estas atitudes (Barker, 2000). Mas, atendendo a que as mesmas se poderão traduzir em vivências mais ou menos bem sucedidas para este desenvolvimento sistémico (*ibidem*), torna-se importante caracterizar esta atitude quando se pretende promover a saúde na “entrada na reforma”.

Segundo foi dado a conhecer, a atitude pró-activa positiva será a que mais se adequa para alcançar o mencionado desígnio, uma vez que se revelou ser a mais efectiva em termos de promoção da saúde familiar. Quanto às restantes, pelos efeitos dúbios a que remeteram, considera-se que o desenvolvimento de um relacionamento familiar saudável será, sem dúvida, uma prática a fomentar de forma a prevenir a ocorrência de estados de desequilíbrio durante esta vivência transicional.

Ainda que não se focalizando para esta transição específica, Stanhope (1999: 506) refere que a estrutura conceptual da teoria do desenvolvimento familiar poderá ajudar o

enfermeiro a promover esta relação no seio das famílias. Para tal, deverá: “1) Focar-se na família ao longo de todo o ciclo vital; 2) Ver os membros da família em interação; 3) Observar a forma como os membros da família e a unidade familiar se influenciam uns aos outros; 4) Reconhecer o que uma determinada família sente num dado momento; 5) Identificar os períodos críticos de crescimento e de desenvolvimento quer dos membros individuais da família quer da família; 6) Reconhecer os pontos comuns e as variações entre os ciclos de vida das famílias; 7) Respeitar a forma como a cultura e a família se influenciam mutuamente; 8) Prever o que a família sentirá nos diversos períodos do seu ciclo vital”.

Será, então, com base nesta teoria, que se poderá prevenir a ocorrência das outras formas de “Estar” em família que foram encontradas e que, em virtude da sua existência, se revelaram dificultadoras da vivência desta transição. Elas foram: as *atitudes negativas*, dado que estas se tornam impeditivas do desenvolvimento da relação familiar; as *atitudes ambivalentes*, dado que estas se tornam destabilizadoras da possibilidade de desenvolvimento da relação familiar; as *atitudes neutras*, dado que estas em nada contribuíram para o desenvolvimento de um relação familiar que se pretende promotora de uma transição bem sucedida. Cientes desta existência e enquanto agentes de promoção da saúde, cabe então aos enfermeiros acompanhar as famílias nesta vivência e estimular o desenvolvimento de construção relacional participativa que se deverá basear num processo de comunicação afirmativa⁹ (Hanson, 2004).

Contudo, outras formas de reaprendizagem se evidenciaram nas narrativas das famílias em estudo e pela análise dos significados, constantes nas mesmas, a forma como se passaram a “Sentir” em família terá também constituído uma consequente da vivência desta transição. Ainda que de uma vasta diversidade, os significados mais proferidos estiveram predominantemente relacionados com sentimentos de negativismo, em relação aos efeitos que esta transição lhes terá proporcionado. Estes sentimentos foram *a decepção, a saudade e a solidão*. Estas formas de sentir poderão ter estado relacionadas com o facto dos elementos protagonistas da aposentação terem manifestado alterações e/ou dificuldades na primeira fase desta investigação (o que, por si só, já indiciava uma vivência menos positiva desta transição).

Com respeito a esta manifestação se ter feito sentir na restante família, será importante voltar a fazer recordar o facto desta ter de ser necessariamente vista como um contexto de desenvolvimento e, neste sentido, não só, exercer uma determinante influência nos seus elementos, como também, em reverso, estes poderem originar uma interferência na mesma. Terá sido, então, desta última que alguns significados da referida índole emergiram, uma vez que partilhar a vivência com alguém que não se sente bem decerto que não fará os outros sentirem-se muito melhor.

Mas, esta razão não terá sido exclusiva. A análise narrativa fez igualmente notar que: muitos destes significados também resultaram do facto de se terem criado expectativas relativamente a esta vivência e, perante a mesma, estas não se virem a realizar. A título ilustrativo e tomando como exemplo o significado “decepção”, tornou-se notório que o facto deste ter sido proferido por diversos cônjuges esteve relacionado com algumas expectativas de mudança de vida que não se realizaram.

Relativamente ao reaprender a “Ser”, e porque os significados proferidos neste domínio fizeram notar que as principais formas de adaptação a esta vivência estiveram relacionadas com a *Negociação da interdependência relacional*, com a *Gestão do conflito relacional* e com a *Reorganização das funções e papéis conjugais*, estes achados vieram evidenciar o facto desta transição se ter manifestado particularmente instigadora para aquele que era, até então, o equilíbrio da relação conjugal existente.

Outros estudos, anteriormente realizados neste domínio (Bushfield, Fitzpatrick e Vinick; 2008; Davey e Szinovacz, 2004; Solinge e Henkens, 2005; Smith e Moen, 2004), já apontavam para a ocorrência deste tipo de respostas adaptativas e para os efeitos que as mesmas poderiam vir a desencadear, em termos de dinâmica conjugal. Contudo, porque qualquer um dos referidos significados se identificou com o desenvolvimento de atitudes construtivas e conducentes ao restabelecimento do equilíbrio do sistema conjugal; ficou patente que também nos momentos de transição a capacidade de resiliência das famílias se mantém alerta.

No que se reporta à *negociação da interdependência*, porque os significados denotaram a ocorrência de opostas posturas adaptativas (conformidade *versus* inconformidade), esta evidência fez notar que a transição terá exposto os seus protagonistas a momentos de

reajustamento relacional dotados de algum grau de conflituosidade.

Alguns autores (Atchley, 1996; Lanchman, 2001; Rosenkoetter e Garris, 1998) atribuem essa ocorrência às características que esta transição poderá adoptar. Dependendo do momento (isto é se, se faz sentir num mesmo momento ou em momentos diferentes) e da forma (ex. se desejada e/ou se planeada) por ambos os cônjuges, poderá então traduzir-se numa maior ou menor sensação de interdependência conjugal. Assim, se ambos se aposentarem em simultâneo, terão que aprender a estar mais tempo juntos, sem que essa maior permanência venha a afectar a autonomia de ambos. Mas idêntico esforço adaptativo sucede se um deles obtém este estatuto mais cedo e, perante um sentimento de solidão ou de falta de ocupação, reclama o espaço de autonomia do seu companheiro.

Acompanhando o processo de desenvolvimento das famílias e conhecendo a forma como as mesmas se adaptaram a outros processos de transição ocorridos nas suas vidas, os enfermeiros poderão desempenhar um importante papel na mediação¹⁰ desta negociação de interdependência (Rosenkoetter e Garris, 1998).

No que diz respeito à *gestão do conflito relacional*, as narrativas analisadas evidenciaram uma vez mais o facto dos sub-sistemas conjugais passarem, na meia-idade, por uma fase de desenvolvimento dotada de uma frequente ocorrência de distúrbios (Hanson, 2005; Stanhope, 1999). Variadíssimos factores parecem ter propiciado este quadro e todos se relacionaram com a interferência num quadro de comunalidade, que neste período da vida parece ter estado particularmente afectado.

A desilusão relativa a uma expectativa de mudança de vida (ex: nos homens, ter mais tempo para conviver com os amigos ou sentirem mais a companhia das esposas; nas mulheres, obter uma maior ajuda nos trabalhos domésticos ou viajar mais com os maridos), a maior interferência e/ou controlo do tempo e dos relacionamentos extra-sistémicos, as maiores exigências em termos de solicitação de funções e tarefas (ex. quando o marido fica em casa para “mandar”) e muitos outros, são agora novidades adaptativas que os casais têm de gerir.

Mas, alguns destes sentimentos e/ou manifestações que conduziram à ocorrência de conflito, não foram unicamente trazidos pela “entrada na reforma”. Pela análise dos contextos narrativos, foi possível verificar que muitos dos problemas conjugais que passaram a ser evidenciados após esta transição, não terão sido uma consequência directa desta vivência transicional, em si mesma, mas do momento de oportunidade que o mesmo veio a revelar por permitir a emergência de alguns dos problemas já anteriormente existentes e cristalizados no relacionamento conjugal.

É neste sentido que o conhecimento do percurso de desenvolvimento da família, e mais propriamente do relacionamento que este subsistema detinha antes deste evento, poderá fazer toda a diferença quando se pretende promover a saúde conjugal nesta fase de transição.

Quanto à reorganização das funções e papéis conjugais, os significados foram peremptórios quando evidenciaram uma vasta mudança adaptativa neste âmbito. Com efeito, tratando-se de um acontecimento que origina uma diferente dinâmica de vida e que *“não deixa de implicar e de exigir o desempenho de novos papéis e a respectiva integração numa dada personalidade”* (Fonseca, 2004b: 504); percebe-se, então, a razão de tal manifestação.

Entre as várias reaprendizagens que estes sub-sistemas manifestaram ter passado a realizar neste período, a que mais se evidenciou foi a que esteve relacionada com o papel e a função de “Cuidador”. Neste contexto foi interessante verificar que ainda que este papel e funções, a si adstritas, estivessem estado habitualmente mais reservadas ao género feminino, a partir desta transição, também alguns elementos do género masculino passaram a deter uma intervenção mais efectiva neste âmbito.

Em relação a esse novo papel e funções, ainda que também expressa em relação às gerações ascendentes, as narrativas evidenciaram que estes estiveram essencialmente direccionados para as gerações descendentes mais jovens - os netos.

Tendo presentes as principais alterações e/ou dificuldades percebidas durante esta transição, não será difícil perceber a razão pela qual estes indivíduos se manifestaram com tal expressão, em relação a esta reaprendizagem. Sem contar com o retorno afectivo que a adopção deste papel lhes terá proporcionado, pela interacção social que facultou, pela sensação de utilidade e/ou ainda pela ocupação de tempo que lhes suscitou, todos estes factores acabaram por exercer um efeito promotor nesta vivência de transição.

Significado atribuído à vivência futura

Os significados relativos à percepção de vivência futura evidenciaram uma das principais características que persistem marcar as atitudes das actuais gerações de mais idade.

É certo que o futuro é sempre imprevisível em relação a determinados acontecimentos de vida. Mas, quando se constatou que a “incerteza” e o “receio” se evidenciaram dos excertos das narrativas, destes indivíduos, esta expressividade veio confirmar a imutabilidade da idealização negativa que ainda se atribui ao envelhecimento.

Incertezas associadas à possibilidade de perda de poder económico, de perda de saúde e de continuidade de guarda dos descendentes bem como, os receios relativos à perda de autonomia, à possibilidade de “ficar só” e da proximidade do fim da vida; traduziram a forma angustiante como os indivíduos começam a perceber o seu futuro, a partir da meia-idade.

PARTE III

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

1. CUIDAR NO PERÍODO DA “ENTRADA NA REFORMA”

O *desenvolvimento* é um processo contínuo, dotado de uma permanente homeostasia (Maturana e Varela, 1992), que acompanha o *indivíduo* ao longo de todo o seu ciclo vital. Enquanto entidade sistémica que é, o referido processo não resulta apenas da permanente construção interna que no seu “eu” (*Self*) se faz operar [Sigmund Freud (1856-1939), Jean Piaget (1896-1980), Erik Erikson (1904-1994)] mas, também, da simultânea interação que o mesmo estabelece com demais sistemas que o rodeiam (Newman, 1989). Esta será, então, uma das principais razões pela qual se considera que o desenvolvimento humano só poderá ser entendido numa contextualização sistémica, que se diz ecológica (Bronfenbrenner, 1979).

Os sistemas envolvidos no mencionado contexto são os mais diversos. Porém, reconhece-se que a *família*, enquanto elemento de referência e de suporte multidimensional que confere para os indivíduos (Alarcão, 2006; Relvas, 2000; Wright e Leahey, 2005; Stanhope, 1999), constitui o principal sistema interveniente no processo de desenvolvimento humano.

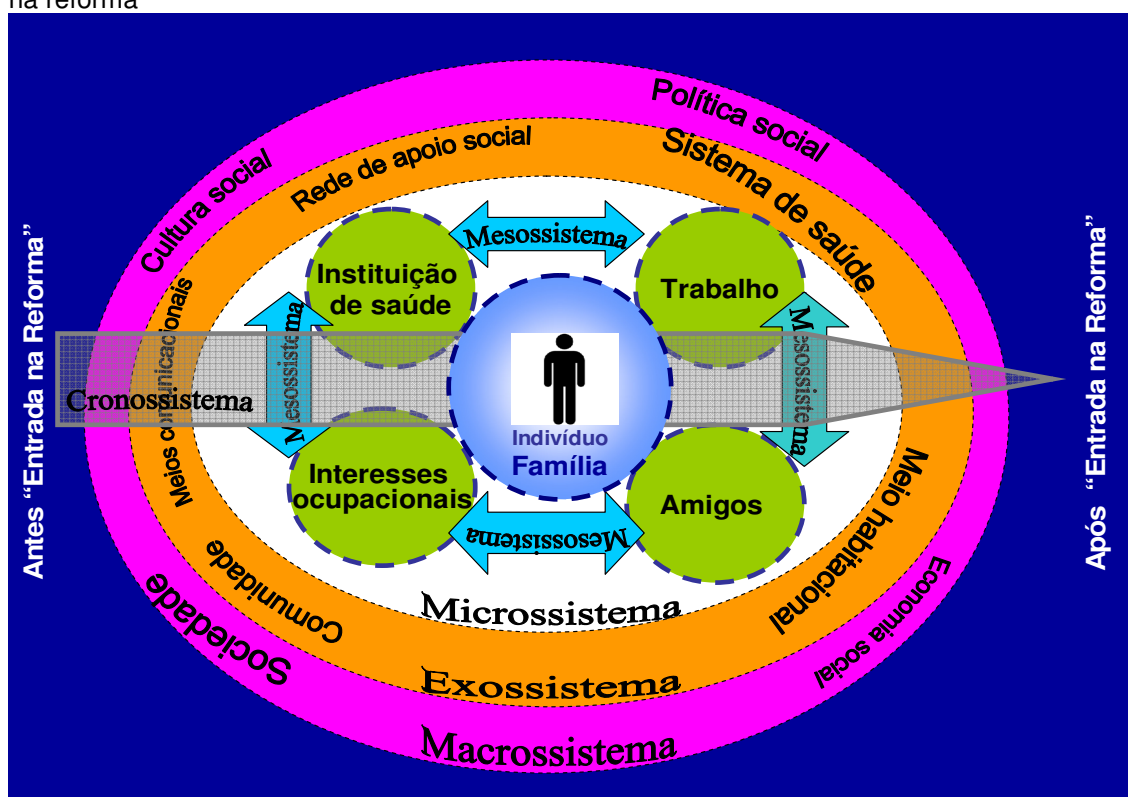
Sendo dotada de um idêntico processo evolutivo, decorrente do percurso de construção vivencial que os seus elementos vão adoptando, a família pode identificar-se com diversas fases de desenvolvimento (Duval, 1997; Friedman, 1992; McGoldrick, 1995; Relvas, 2000; Stanhope, 1999).

Numa fase de *meia-idade*, em que o desenvolvimento se faz acompanhar por diversos fenómenos de *envelhecimento*, os indivíduos e famílias são frequentemente expostos a estímulos que podem colocar em causa o seu estado de equilíbrio.

Os acontecimentos de vida transicionais constituem uma fonte da referida ocorrência e porque envolvem sempre uma conjuntura de mudança, da qual resultam alterações para aqueles que são os processos e as estruturas que se consideram ser elementares nos seus modelos de vida (Meleis; 2000, 2006, 2010), constituem, inevitavelmente, um alvo do *Cuidar em Enfermagem*.

Na presente investigação, estudou-se um dos processos de transição que mais frequentemente ocorrem na referida fase do ciclo vital humano - a “*Entrada na Reforma*”. Este acontecimento de vida fez-se notar como uma vivência transicional de tipo desenvolvimental (Schumacher e Meleis, 1999) que se manifesta por intermédio de um sistema de estruturas, interdependentes e dinâmicas, no qual os indivíduos, as famílias, os processos, os contextos e o tempo, interagem de uma forma ecológica (Figura 23).

Figura 23 – Modelo Ecológico do Desenvolvimento Humano aplicado ao cuidar na “entrada na reforma”



Adap. Urie Bronfenbrenner (1979)

Muitos outros autores já defenderam que a vivência da “entrada na reforma” origina um processo de transição-adaptação que se manifesta nos indivíduos que protagonizam este acontecimento (Atchley, 1996; Calasanti, 1996; Fonseca, 2004a). Considera-se, porém, que a mais valia da realização deste estudo se relaciona com o facto de se ter evidenciado que este processo não se faz notar apenas nos referidos indivíduos, mas, também, e de forma bem notória, nos restantes elementos das suas famílias, que os acompanharam nesta mesma vivência.

Com efeito, se na primeira fase deste estudo esse entendimento já tinha emergido [por ex: quando esta foi apontada como a principal fonte de apoio, para os protagonistas deste evento (cf. Quadro 31)], a consecução da segunda fase não deixou margem para dúvidas quando, pelos significados encontrados nas narrativas dos seus familiares, se verificou que também para eles a “entrada na reforma” se teria revelado como uma experiência que deu origem a um idêntico processo de mudança nas suas vidas.

Segundo esses mesmos familiares, essa mudança foi percebida naqueles que eram até então os seus padrões de vida e porque daí teriam resultado diversas alterações que se fizeram manifestar em termos de identidade, papéis, relações, habilidades e padrões de comportamento (Meleis, 2006). Tal situação veio, ainda, alertar para o facto da intervenção neste período de vida não se poder cingir apenas aos indivíduos que protagonizaram este acontecimento, mas de dever ser extensível a toda a família.

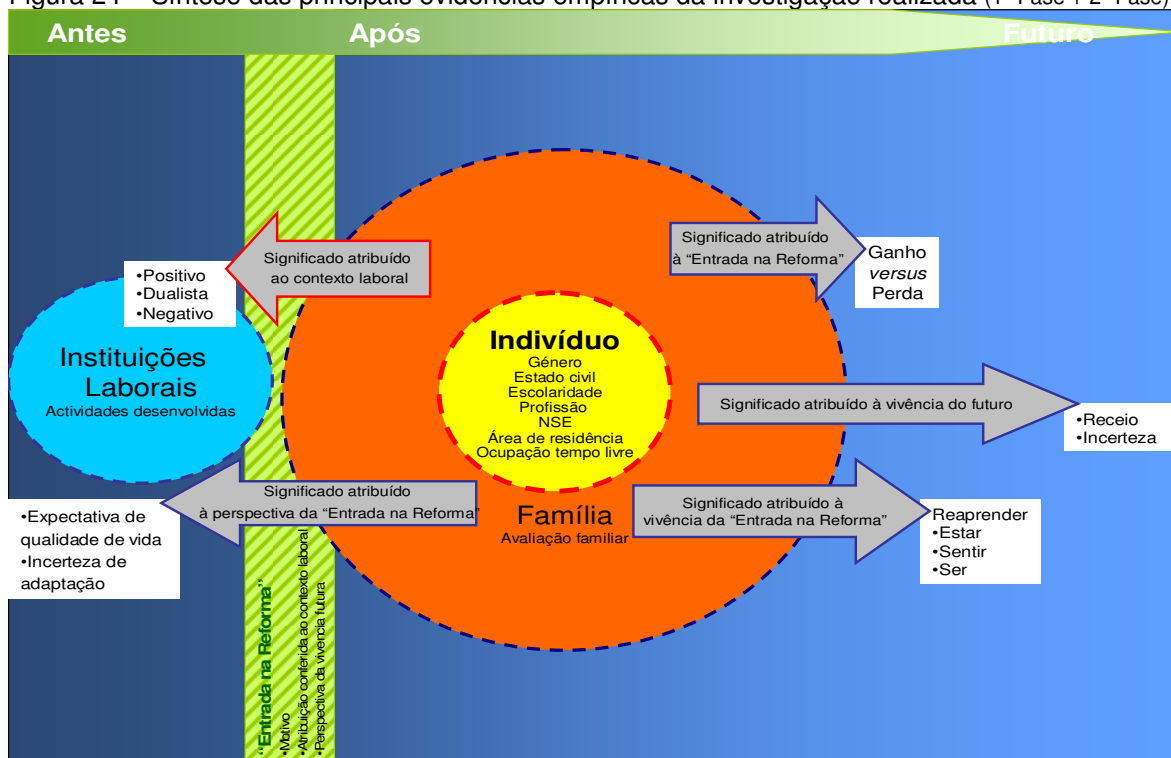
Reconhecendo que das referidas mudanças resultaram invariavelmente estados de desequilíbrio familiar que as tornaram particularmente vulneráveis em termos de saúde (Meleis, 2006, 2010; Stanhope, 1999; Wright e Leahey, 2005), desde logo se depreendeu que:

Cuidar no período da “Entrada na Reforma” deverá obedecer a um modelo de intervenção muito próprio que se harmonize não apenas com a singularidade dos indivíduos e famílias que protagonizam este acontecimento de vida, mas, também, e de forma muito particular, com a especificidade das mudanças que essa vivência transicional lhes possa vir a suscitar.

1.1. UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM CONDUCENTE À PROMOÇÃO DA SAÚDE INDIVIDUAL E FAMILIAR

O discurso que se passa a apresentar encontra a sua sustentação na tese, até ao momento, construída. Do mesmo, pretende-se que venham a resultar contributos para uma prática de Enfermagem que se deseja de contínua melhoria de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2001) e cujo desenvolvimento vá ao encontro daquelas que são as reais necessidades de saúde de uma comunidade cada vez mais exigente em termos de cuidados que promovam um envelhecimento activo. A sua consecução será realizada com base nas principais evidências empíricas que resultaram do processo de investigação anteriormente descrito (Figura 24).

Figura 24 – Síntese das principais evidências empíricas da investigação realizada (1ª Fase + 2ª Fase).



Atendendo à evolução temporal, na qual a vivência transicional em estudo se desenvolveu, faz-se, ainda, saber que o mesmo se realizará em função dos momentos que foram anteriores (*Antes*) e posteriores (*Após*) ao momento da “Entrada na Reforma”, finalizando com uma breve abordagem à forma como foi perspectivada a vivência futura (*Futuro*).

A intervenção anterior à vivência da “Entrada na Reforma”

As características e os significados que atribuíram àqueles que tinham sido os seus contextos de exercício laboral, os significados atribuídos à perspectiva da “entrada na reforma” e os motivos que estiveram na origem da passagem ao estatuto de aposentado, revelaram-se factores determinantes para a forma como os indivíduos que participaram neste estudo vivenciaram a sua “entrada na reforma”. Segundo deram a conhecer, terá sido em torno dos mesmos que foram iniciando a construção daquele que foi o seu percurso de desenvolvimento transicional e será sobre estes que se passa a dissertar, no sentido de incrementar uma melhoria da intervenção da Enfermagem, nesta fase do ciclo vital humano.

Relativamente às *características do contexto laboral*, mais especificamente no que diz respeito às actividades realizadas no domínio da saúde, que no mesmo se fizeram desenvolver, o facto dos resultados da primeira fase desta investigação terem revelado que as mencionadas actividades se assumiram como exíguas e de carácter restritivo, em termos de intervenção [actividades de vigilância de saúde acessíveis a, apenas, 36,6% dos inquiridos e actividades de protecção da saúde acessíveis a, apenas, 45,4% dos inquiridos], alertou para a necessidade de passar a intervir de uma forma mais abrangente e diversificada, no referido contexto.

Com efeito, atendendo a que a promoção da saúde se revela como uma das áreas de intervenção mais importantes para aquela que é a preservação e consubstanciação do capital de saúde dos indivíduos em idade adulta (Freitas, 2004; Ogden, 1999; Stanhope, 1999) e que da mesma resultam ganhos em saúde tão ou mais benéficos como das actividades anteriormente referidas, considera-se premente que a realização de actividades neste domínio passe a ser mais frequente, naquele que é o exercício em saúde ocupacional.

Atendendo, ainda, que a referida intervenção se revela na melhor forma de capacitar os indivíduos (*Empowerment*¹¹) para aqueles que são os efeitos de mudança originados pela “entrada na reforma” e que esses são, grande parte das vezes, esquecidos nos referidos

contextos, mais reforçada se torna a necessidade de, nos mesmos, se passar a investir em acções de promoção da saúde, especificamente dirigidos para esta problemática.

Com respeito à influência que a *satisfação com o trabalho* e a *satisfação com a perspectiva da “entrada na reforma”* exerceram na forma como os indivíduos vivenciaram a “entrada na reforma” e porque os resultados apurados na primeira fase desta investigação se revelaram ambíguos, tornou-se difícil atribuir uma correspondência causal entre as referidas atribuições de significado e as alterações e/ou dificuldades que os mesmos perceberam. Numa segunda fase deste estudo, e por consequência num estadio de transição no qual a percepção de alterações e/ou dificuldades poderia estar mais presente (Atchley, 1996), embora se tenham auscultado apenas os indivíduos que na primeira fase tinham percebido alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma”, a referida ambiguidade veio a desvanecer-se. Com efeito, quando pela análise das narrativas se verificou que a invocação de significados conferidos ao contexto laboral (*Significado atribuído ao contexto laboral*) foi diversificada, repartindo-se entre percepções positivas, negativas e/ou dualísticas (cf. Figura 17), e que a atribuição conferida à perspectiva de “entrada na reforma” (*Significado atribuído à “entrada na reforma”*) se fez manifestar por significados reveladores das expectativas e incertezas quanto ao futuro (cf. Figura 18), estas evidências mostraram que o posicionamento em escala de *likert*, solicitado na primeira fase desta investigação não teria sido uma tarefa de fácil realização.

Neste momento, reconhecendo que as referidas atribuições decorrem de toda uma construção que os indivíduos vão realizando ao longo do seu percurso de vida e que, dependendo do estadio de transição em que se encontram, poderão adoptar características muito específicas e de alguma complexidade, considera-se importante dar a saber aos futuros investigadores nesta área que, quando se pretende obter um profícuo conhecimento acerca daquelas que são as percepções relativas a estas ou a outras vivências da “entrada na reforma”, esta tarefa não se poderá cingir a uma mera aplicação de um formulário de resposta fechada (ex. variáveis de carácter dicotómico ou em escala *likert*). Deverá, sim, atender à livre expressão dos indivíduos, uma vez que algumas percepções não tomam uma linearidade de manifestação tão evidente, como à partida seria de esperar. E, no sentido de ultrapassar esta limitação, considera-se que o recurso à análise narrativa será a melhor forma para conseguir tal desígnio.

Mas porque esta vivência não pode ser tida de forma isolada dos demais elementos que constituem o sistema em que estes indivíduos se encontram inseridos, alerta-se, também, para a necessidade de se dever proceder de idêntica forma com aquela que é a família dos mesmos.

Um outro aspecto que neste estudo se demonstrou de uma elevada influência, para aquela que foi a forma como os indivíduos vivenciaram esta transição, foi o *motivo da “entrada na reforma”*. Ainda que esperada (por motivo de “idade limite”) e/ou desejada (por motivos de “idade+tempo de serviço” ou “estado de saúde”), os resultados evidenciaram que esta vivência constituiu fonte de mudança, tanto para os indivíduos, como para as suas famílias.

Contudo, quando se constatou que foi no seio das famílias cujos indivíduos se aposentaram por outros motivos que não os que estiveram relacionados com a idade limite (ex. “idade+tempo de serviço”, “estado de saúde”, “reforma antecipada por motivo de rescisão de contrato”) que se revelou a maior profusão de significados de incerteza, relativamente àquela que viria a ser a adaptação a uma nova forma de vida (ex: Famílias 3, 5, 8 e 14), tal resultado veio evidenciar que o facto de não estarem devidamente informados e/ou preparados para a “entrada na reforma” terá suscitado a ocorrência de quadros de maior stress.

Estas evidências constituem, então, mais um mote para fazer novas advertências. A mais geral remete para a imperiosa necessidade de se passar a abordar esta temática nas intervenções que se dirigem a indivíduos e famílias que se encontram numa fase do ciclo vital de meia-idade. E, se esta é uma necessidade que se deverá tornar abrangente a todos os que se encontrem próximo desta vivência, mais premente se torna quando se constata que a decisão de aposentação irá ser tomada de uma forma antecipada e/ou sem qualquer tipo de reflexão, sobre aquelas que poderão vir a ser as reais consequências de uma mudança que não foi devidamente preparada (como é aquela que se verifica nos casos em que os indivíduos tomam esta atitude pelo motivo “idade+tempo de serviço”). Na realidade, ainda que o actual quadro político-social tenha vindo a desencadear em muitos indivíduos este desejo de aposentação antecipada [porque, para além de terem visto a possibilidade de verem preservada a sua estabilidade económica, lhes terá proporcionado a oportunidade de *“desempenhar novos papéis ou aprofundar os que já detinham”*

(Fonseca, 2004a: 531)], a tomada de consciência de que esta transição não é um processo totalmente inócuo, em termos de saúde, torna-se essencial para o desenvolvimento dos mesmos.

Com efeito, a sensibilização para o facto deste acontecimento se reflectir, não apenas numa mudança para as suas vidas, mas, para a dos seus familiares, torna-se premente para o equilíbrio do estado de saúde familiar. E é com base nesta premissa que estes indivíduos e suas famílias deverão ser devidamente acompanhados e orientados neste período das suas vidas.

Mas, se em todos os casos desta vivência transicional se verifica a necessidade deste tipo de intervenção, para os indivíduos e famílias que não têm de todo esta perspectiva em mente (ex. “entrada na reforma” por motivo de dispensa contratual) esta intervenção, por si só, poderá tornar-se insuficiente. Foi a esta conclusão que se chegou quando, numa das famílias que tinha apresentado esse como o motivo da vivência da transição em estudo (ex. Família 14), se verificou que nos excertos das suas narrativas foram encontrados diversos significados que se identificaram com todos os ramos do sub-tema “*Significados de incerteza relativa à adaptação a uma nova forma de vida*”. A “*Dúvida*”, a “*Apreensão*” e o “*Receio*” que revelaram poderiam ter sido atenuadas com um devido acompanhamento de Enfermagem. Efectivamente, sendo estes os profissionais de saúde que maior proximidade estabelecem com os indivíduos e famílias, ao longo daquele que é o seu trajecto de desenvolvimento, que sabem como estes responderam a outras situações de transição e que são conhecedores dos recursos que os mesmos dispõem para fazer face aos processos de desequilíbrio em saúde que poderão resultar deste tipo de transição, com maior possibilidade êxito poderão ajudá-los nesta vivência.

Mais, sendo igualmente conhecedores dos efeitos que poderão advir de uma vivência transicional mal resolvida (Meleis, 2010), estes profissionais poderão ainda identificar e reencaminhar as situações que careçam de uma intervenção específica de outros domínios da saúde (ex: a medicina, a psicologia e/ou outras) ou de outras áreas que, de forma indirecta, também possam exercer a sua intervenção neste processo (ex. área social).

Com base nas anteriores alegações, questiona-se, então:

Como poderão os enfermeiros intervir no período que antecede a “entrada na reforma”?

São inúmeras as formas e os contextos de intervenção que os enfermeiros detêm no sentido de promover a saúde dos indivíduos e suas famílias, durante aquele que é o início desta vivência transicional. Todavia, quaisquer que sejam os adoptados, esta intervenção deverá iniciar sempre por capacitar os mesmos para o facto de, independentemente dos motivos que estiveram na origem da mesma, esta poder tornar-se sempre mais “bem-sucedida”, em função da forma como para ela se preparam¹².

Neste âmbito, um aspecto importante que os enfermeiros deverão ter em linha de conta é a obrigatoriedade de planearem esta sua intervenção de forma atempada e em consonância com as reais necessidades dos sistemas envolvidos. Isto, porque, tal como noutras intervenções em saúde, só de um planeamento conjunto poderá provir uma maximização dos efeitos que se pretendem atingir e, conseqüentemente, os resultados em saúde desejados (Stanhope, 1999).

Relativamente ao tempo, no qual se deverá principiar esta intervenção, o facto deste processo de transição se tornar de previsível ocorrência naquela que é a fase do ciclo vital que se identifica com o final da meia-idade, por si só, já justifica a necessidade de tomar o seu início, ainda, em plena fase da vida adulta. Mas, se, se considerar que alguns locais de trabalho constituem uma particular fonte risco para a saúde dos trabalhadores e que nestes a ocorrência deste acontecimento de vida poderá suceder numa idade ainda mais antecipada (ex. como é o caso de determinadas industrias em que, conseqüente a acidente de trabalho, poderá resultar um estado de incapacidade permanente), a precocidade desta intervenção poderá tornar-se, seguramente, mais necessária.

Em função de se saber que nessa fase do ciclo vital os indivíduos permanecem grande parte do seu tempo em contexto laboral e que, regra geral, se encontram pouco disponíveis para recorrer a outros serviços de saúde que não sejam aqueles que se lhe oferecem de maior acessibilidade (Denham, 2003; Doane e Varcoe, 2005; Stanhope, 1999),

considera-se, então, que os enfermeiros de saúde ocupacional deverão assumir um importante protagonismo, neste processo de promoção da saúde. Com efeito, ainda que as suas práticas de vigilância do estado de saúde e de prevenção da ocorrência de alterações da mesma se considerem de uma importância fundamental, para aquela que é a preservação da saúde dos trabalhadores, não menos relevantes se deverão tornar aquelas que são as práticas que se destinam a promover a sua saúde. Estas, não apenas porque é na idade adulta que se criam hábitos e se adoptam estilos de vida que poderão pôr em causa a vivência futura (Veríssimo, 2008) mas, também, e especificamente neste contexto de alusão, porque é efectivamente nesta fase que se promove aquela que é a vivência de um envelhecimento activo (Firmino, 2006; Fonseca e Paúl, 2004; Veríssimo, 2008).

Quando, na primeira fase desta investigação, se verificou que os comportamentos em saúde, adoptados pelos indivíduos em estudo, melhoraram significativamente após a “entrada na reforma”, este resultado foi já indiciador da imperatividade desta intervenção iniciar-se num momento mais precoce. Mas, porque, decorrente da segunda fase desta mesma investigação, se constatou que a vivência da “entrada na reforma” envolveu muitas outras dimensões em saúde que não apenas aquelas que se reportam aos referidos comportamentos, mais premente se revelou esta precocidade e a necessidade de intervir em outras áreas que também contribuem para o seu integral equilíbrio do estado de saúde. Reitera-se, então, que a vigilância de saúde dos trabalhadores não se poderá cingir apenas àquela que é a dimensão física dos mesmos, mas, também, àquelas que são as dimensões psíquicas, sociais e ecológicas do desenvolvimento do seu estado de saúde.

Com base neste conhecimento e cientes de que o referido desenvolvimento não resulta apenas das mencionadas dimensões mas, também, da interacção que estes indivíduos estabelecem com os sistemas envolventes, alertam-se, ainda, estes profissionais para o facto de necessitarem de obter um mais profícuo conhecimento acerca daqueles que são os outros sistemas, igualmente, envolvidos neste processo. Quando, na primeira fase desta investigação, os indivíduos aposentados apontaram a família como a sua principal fonte de apoio na vivência desta transição, tal achado colocou esse mesmo facto em evidência. E, ainda que não tenham mencionado de forma clara o modo como esse apoio lhes terá tornado a referida vivência mais facilitada, a elevada expressão

estatística que ela tomou nos resultados obtidos não deixou margem para dúvida de que a família deverá ser obrigatoriamente envolvida nesta mesma intervenção

Todavia, ainda que desejada, reconhece-se que esta envolvência familiar ainda está longe de ser conseguida num contexto de saúde ocupacional. Por falta de convocatória? Por limitação desta proximidade? (como, por exemplo, aqueles que se relacionam com as questões de logística, com a falta de sensibilidade por parte das entidades patronais e/ou por mera indisponibilidade de tempo que os familiares apresentam, no sentido de aceder a essa chamativa). Mas, apesar dos motivos desta falta de envolvência ainda se apresentarem pouco clarificados, não se poderá atribuir a este quadro a diminuta intervenção familiar que nesta fase do ciclo vital se verifica. Afirma-se isto, porque, noutros contextos de prestação de cuidados, também os enfermeiros são responsáveis pelo acompanhamento e preservação do estado de saúde dos indivíduos e famílias. Neste sentido, apela-se, então, para a necessidade de imperar uma maior comunicação entre as várias instituições e sectores de prestação de cuidados de saúde da comunidade. Reportamo-nos, mais especificamente, para a necessidade de existir uma maior troca de informação e partilha de planeamento de intervenção entre os enfermeiros de saúde ocupacional (contexto de saúde laboral) e os enfermeiros de saúde familiar (contexto de cuidados de saúde primários).

Esse será, de facto, o modelo de intervenção desejável num processo de promoção da saúde na “entrada na reforma”. Contudo, porque se sabe que os primeiros nem sempre estão acessíveis [dado que ainda persiste uma escassa dotação de enfermeiros nos serviços de saúde ocupacional (Freitas, 2008)] e, quando estão, não atribuem a sua prioridade de acção a esta área de intervenção, mais acrescida se torna, ainda, esta responsabilidade para os enfermeiros de saúde familiar (*vulgo*, Enfermeiros de Família). Em boa verdade, é primordialmente a estes últimos que se atribui a incumbência de fazer com que esta transição de “entrada na reforma” seja bem-sucedida. E, porque, conforme já anteriormente foi proferido, constituem os profissionais de saúde que mais de perto acompanham o percurso de desenvolvimento destes indivíduos e famílias, sendo por esse facto os mais conhecedores da forma como se relacionam, se organizam em função da mudança e de como foram respondendo a outras vivências transicionais anteriores (Meleis, 2010), estarão, decerto, mais capazes para intervir no sentido de os coadjuvar no processo de mudança/adaptação que esta vivência origina.

Contudo, porque cada indivíduo e família são singulares na sua forma de dar resposta aos processos de transição (Meleis, 2010; Schumacher e Meleis, 1999; Stanhope, 1999) e porque não existem maneiras iguais de “entrar na reforma” (Fonseca, 2004a), considera-se que a preparação para esta transição deverá ser sempre ajustada aos sistemas a que se dirige.

O conhecimento dos referidos sistemas e dos antecedentes evolutivos que estiveram na base do desenvolvimento dos mesmos (ex. histórias de vida, formas como responderam a outras transições, relações estabelecidas entre os seus elementos e destes com os outros sistemas da comunidade) serão, então, essenciais para aquela que deverá ser uma profícua intervenção nesta fase de transição [*“Negotiating successful transitions depends on the development of an effective relationship between the nurse and client”* (Meleis, 2006: 6)].

Dadas as características que esta transição e sistemas envolvidos, em si mesmos, encerram, reconhece-se, então, que não existe um modelo único de preparação para a “entrada na reforma”. Porém, porque alguns dos resultados encontrados evidenciaram a existência de algumas fragilidades nesta vivência cuja intervenção de enfermagem poderá constituir uma mais valia, sugerem-se como medidas promotoras de uma vivência de pré-reforma “bem-sucedida”:

- *Conhecer os indivíduos e famílias que virão a ser alvo de acompanhamento nesta transição* – dado que só do mesmo poderão advir contributos que facilitem o planeamento de uma intervenção que se deseja proficiente em termos de promoção da saúde;
- *Identificar o significado que os indivíduos atribuem ao seu contexto laboral* – uma vez que a percepção detida em relação ao mesmo, poderá fazer prever a forma como os indivíduos perspectivam a vivência da “entrada na reforma”;
- *Sugerir o gradual afastamento do contexto de trabalho* – para que os indivíduos se adaptem mental e psicologicamente à nova condição de vida trazida pela “entrada na reforma” e que se vão acostumando àquele que será o seu novo estatuto de aposentado;

- *Promover o desenvolvimento de novos interesses e objectivos de vida* – de forma a manter uma actividade estimulante, criar novos hábitos e rotinas que permitam ocupar o tempo e a manter um ritmo conducente ao desenvolvimento de um sentido de satisfação de vida (ex. continuidade de actividade laboral, novas formas de ocupação do tempo, novos interesses e /ou “hobbies”);
- *Promover o desenvolvimento de uma maior interacção com a rede social* – por forma a que o afastamento da actividade laboral não se repercuta numa abrupta retracção de interacção com os sistemas envolventes, que possa vir a expressar-se por percepções de isolamento, solidão e de perda de auto-estima, que frequentemente assolam os indivíduos nesta vivência transicional;
- *Advogar a realização de um plano económico* – de forma a garantir a estabilidade financeira numa fase em que, decorrente do decréscimo remuneratório e do possível acréscimo de gastos, poderá constituir uma das principais dificuldades vivenciadas neste período de transição;
- *Preparar para uma reorganização da vida familiar* – para que a família assimile a maior presença do seu familiar, não apenas, pelos mais dias e horários de permanência no lar, mas, também, pelas repercussões que a mesma possa vir a desencadear no equilíbrio da interacção sistémica até então detida;
- *Promover a qualidade da relação conjugal* – dado que esta se torna a principal fonte de apoio para os indivíduos aposentados, durante a vivencia desta transição.

A intervenção posterior à vivência da “Entrada na Reforma”

Após a aposentação, os indivíduos e suas famílias passaram a experimentar novas vivências. Na verdade, ainda que a grande maioria dos inquiridos (78,5%), na 1ª fase da investigação, tenha expressado que não percepcionou alterações e/ou dificuldades nesta transição, o simples facto da variável *Vivência adoptada após a “entrada na reforma”* ter variado em toda a amostra, foi, por si só, revelador que o referido acontecimento terminou por imprimir alguma mudança nas suas vidas. A diminuta percepção de alterações e/ou dificuldades manifestada poderá ter sido, então, atribuída a dois aspectos: um primeiro, relacionado com o facto de uma elevada percentagem dos inquiridos se encontrar numa fase muito inicial deste novo estatuto (41,2% dos inquiridos aposentados há menos de 2 anos) e, como tal, ainda não se terem apercebido das referidas alterações; e um segundo, relacionado com o facto de terem interpretado o vocábulo “dificuldades” como um constrangimento na sua vivência¹³, que até ao momento não tinham experimentado.

Contudo, independentemente da forma como responderam, o que se pretende realçar neste contexto é que se torna necessário estar atento para o facto das pessoas poderem responder de diferente maneira, a este acontecimento de vida, em função do momento de transição em que se encontram, das suas características pessoais, das suas anteriores experiências de vida e do meio envolvente em que se encontram inseridos.

Assim, quando se verificou que a percepção de alterações e/ou dificuldades foi mais proferida pelos indivíduos que se encontravam aposentados num espaço temporal compreendido entre os 2 e os 4 anos (56,6%), este resultado veio corroborar a tese de que após uma fase de “lua de mel”, o sentimento de um certo desencanto se apodera do aposentados (Atchley, 1996) e, neste sentido, torna-se necessário que os enfermeiros prestem uma particular atenção para as mudanças que, nesta fase do desenvolvimento da referida transição, se fazem sentir.

Ainda relativamente à variável *Vivência adoptada após a “entrada na reforma”*, quando se verificou que essa mudança foi mais percebida pelas mulheres que fizeram parte da amostra em estudo, por terem passado a *“ter uma vida mais descontraída”* e a *“realizar mais actividades lúdicas”*; este achado veio reiterar que, tal como em outros acontecimentos de vida, também na “entrada na reforma” se torna evidente a diferenciação entre os géneros.

Assim, se durante a “vida activa” estas parecem ter sido mais desfavorecidas [por serem detentoras de maior grau de escolaridade e terem exercido a sua actividade laboral em áreas profissionais menos qualificadas (cf. resultados 1ª fase) ou por terem sido alvo de sobrecarga de funções e papéis dada pelo trabalho realizado dentro e fora de casa (Torres, 2004; Torres *et al*, 2005)], agora, que aposentadas, parece dar-se uma inversão desta tendência. Com efeito, atendendo a que as duas alterações e/ou dificuldades mais percebidas pelos inquiridos (após a “entrada na reforma”) foram a *“alteração das rotinas diárias”* (26,5%) e *“dificuldade em ocupar o tempo”* (14,7%) e que estas foram maioritariamente apontadas por elementos do género masculino, parece, então, que o segundo exemplo de desfavorecimento apresentado (designadamente, a sobrecarga de funções e papéis), experimentado ao longo das suas vidas vem, agora, a revelar-se como um factor protector das mesmas.

Efectivamente, ainda que essa exacerbação de ocupação do tempo lhes tenha causado algum stress durante aquela que foi a sua “vida activa”, agora permanecendo com a tarefa de cuidar da casa e da família, essa actividade permite-lhes não sentir tanto a dificuldade de perda de rotina ou de falta de ocupação, como os homens sentem (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Pelo contrário, atendendo a que passaram a ter mais tempo para o fazer e que esse mais tempo lhes permite realizar as suas tarefas mais a seu gosto, esta mudança poder-se-á tornar em motivo de maior satisfação nas suas vidas.

Em oposição, porque a maioria dos homens se foi dedicando em exclusividade ao seu trabalho e porque este nem sempre lhes deu espaço para efectuarem um investimento noutras actividades de ocupação (por falta de motivação e/ou de acessibilidade), a “entrada na reforma” poder-se-á tornar numa vivência potencialmente mais difícil para estes (Clausen, 2001; Fonseca, 2004a; Hawken e Hillestad, 2000; Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004). Será, então, com base neste conhecimento que se alertam os enfermeiros para a necessidade de deverem prestar uma particular atenção à acrescida vulnerabilidade, em

termos de saúde, que os indivíduos do género masculino poderão deter durante a vivencia desta transição.

Também, quando na primeira fase deste estudo se constatou que os indivíduos que perceberam alterações e/ou dificuldades na “entrada na reforma” foram aqueles que, à data do referido acontecimento de vida: apresentavam uma idade superior a 65 anos [fr=61,8% ($\chi^2=15,690$; $p<0,001$)], se identificavam com um estado civil de divorciado ou de separado [fr=71,4% ($\chi^2=14,913$; $p=0,002$)], eram detentores de um grau de escolaridade médio (que, para a referida faixa etária, se revelou compreendido entre os 5-9 anos) [fr=40,0% ($\chi^2=12,293$; $p=0,015$)] e eram aposentados da área profissional “Pessoal administrativo e similares” [fr=23,5% ($\chi^2=23,027$; $p=0,003$)]; tais evidências vieram alertar para o facto de determinadas características sócio demográficas poderem exercer um efeito muito específico na forma como se vivencia esta transição.

Ainda que não particularizando o sentido das mesmas, Fonseca (2004a: 531) já teria chegado a idênticas conclusões quando afirmou que “[...] os ajustamentos adaptativos que resultam da “passagem à reforma” têm de ser igualmente lidos à luz dos contextos sociais de existência em que os indivíduos evoluem e de toda uma série de variáveis mediadoras que se constituem como factores determinantes para o maior ou menor sucesso no decurso do processo de “transição-adaptação” à reforma [...] Estamos a pensar, concretamente, em factores como a idade, a segurança e a saúde percebidas, os rendimentos económicos disponíveis, a existência de relações sociais e familiares, o estado civil, a residência em que se vive e com quem se vive, entre outras variáveis de natureza psicossocial”.

Para a Enfermagem, esta relação também não constituiu qualquer tipo de novidade, uma vez que está por demais comprovado que as características sócio-demográficas se elegem como um dos mais importantes determinantes em saúde (Stanhope e Lancaster, 1999). Todavia, porque no contexto de transição em estudo algumas das suas variáveis assumiram um particular relevo e porque se fizeram notar como dificultadoras do referido processo, considera-se que no planeamento de uma futura intervenção nesta área os enfermeiros deverão ter, igualmente, em linha de conta alguns aspectos que se relacionam com:

- o processo de envelhecimento humano - não propriamente pelo aditamento cronológico que a ele está associado (isto é, ter mais de 65 anos de idade) mas, pelos efeitos biopsicofisiológicos que deste processo advêm e que, em simultaneidade de vivência da “entrada na reforma”, poderá induzir a um quadro de maior vulnerabilidade em termos de saúde (Veríssimo, 2008);
- as estratégias de *coping* e de suporte relacional - uma vez que a “entrada na reforma” é responsável por uma inevitável mudança que poderá ser mais facilmente ultrapassada se forem detentores de uma relação afectiva estável e de um permanente suporte emocional que, perante um espaço de partilha daquelas que são as suas experiências, lhes proporcione uma sensação de apoio e de não se sentirem sós nesse processo (Fonseca, 2005; Moen, Elder e Lüscher, 2001; Schumacher e Meleis, 1999);
- a possibilidade de se estar a vivenciar um duplo processo de transição - como é o caso dos indivíduos que se encontram a vivenciar um processo de divórcio ou de separação e que, a dado momento das suas vidas, podem ver essa transição conjugal a ser sobreposta pela sua transição da “entrada na reforma” (Schumacher e Meleis, 1999);
- o nível socioeconómico que caracteriza os indivíduos - uma vez que este poderá ser determinante para a forma como se vivencia esta transição (Fonseca, 2005; Meleis, 1994). A prova disso foi o facto de, nesta investigação, se ter constatado que os indivíduos que se identificaram com o nível socioeconómico médio foram os que mais alterações e/ou dificuldades encontram na vivência da “entrada na reforma”.

Esta última questão, relacionada com o nível socioeconómico, foi de resto um dos aspectos que mais presentes estiveram ao longo da realização desta investigação. Ora relacionado com as questões económicas, propriamente ditas, ora relacionado com as questões de índole relacional [dado que é sabido que o mesmo poderá dar acesso a uma maior diversidade de experiências de interacção social (Fernández-Ballesteros e Rodríguez (2004)] ou, ainda, relacionado com as questões de carácter desenvolvimental [uma vez que, decorrente do mesmo, poderão resultar quer o estabelecimento, quer o cumprimento de diferentes objectivos

de vida (Fonseca, 2005)], esta variável veio, então, a revelar-se como um importante indicador de saúde a ter em atenção, quando se pretende intervir neste período de transição.

Mas, voltando ainda ao facto de se ter verificado que a maior percepção de alterações e/ou dificuldades foi expressa pelos indivíduos de nível socioeconómico médio, considera-se que esta evidência deverá constituir fonte de uma particular atenção para os enfermeiros, não apenas pelo resultado em si, mas, essencialmente, pelas implicações que poderá exercer em outras variáveis que poderão tornar esta transição ainda mais dificultada para estes indivíduos. Com efeito, levando-os a percepcionarem mais as “perdas” do que outros, que pertencem a níveis socioeconómicos mais baixos ou mais elevados, e reconhecendo que dessa maior percepção de “perda” não resultam apenas situações de natureza económica (que por si só, já são problemáticas) mas, também, situações relacionadas com a perda de *status* (que habitualmente origina a ocorrência de uma percepção de diminuição de auto-estima e de utilidade social) e com a perda de relação social (que leva à restrição da rede de contacto social e a um evolutivo estado de isolamento), pelo mais vasto campo de dimensões do desenvolvimento afectadas, poder-se-á inferir que estes indivíduos são expostos a uma maior vulnerabilidade em termos de saúde.

Se ao anterior quadro se fizer acrescentar, ainda, o facto destes indivíduos residirem habitualmente em meios urbanos e semi-urbanos (nos quais o acesso a redes de apoio social se torna mais dificultado e o meio comunitário se torna mais despersonalizado, do que em meios rurais) e de se aposentarem de áreas profissionais intermédias [“Técnicos e profissionais de nível intermédio” e “Pessoal administrativo e similares” ($\chi^2=23,027$; $p=0,003$)] em funções que, muito provavelmente, já seriam de topo de carreira, mais facilmente se depreende a razão pela qual poderão percepcionar mais acrescidas as suas dificuldades durante esta transição.

Reconhecendo esta maior susceptibilidade, recomenda-se então aos enfermeiros que efectuem um maior acompanhamento destes indivíduos não só de forma a minimizar o efeito de qualquer um dos anteriores possíveis quadros (ex. perda de poder económico, baixa auto-estima, depressão) mas também, e essencialmente, de modo a prevenir que os mesmos venham a constituir fonte de desequilíbrio de saúde, para si e para os demais elementos da sua família.

Esta questão da preservação da saúde familiar torna-se, pois, de uma importância fulcral num contexto do *Cuidar no período da “entrada na reforma”*. Considerando que se trata do sistema com o qual o indivíduo aposentado estabelece uma maior interacção e deste lhe atribuir o papel primordial em termos de apoio obtido nesta fase de transição (cf. Quadro 31), alertam-se, então, os enfermeiros para a imperiosa necessidade de envolverem mais as famílias no planeamento de cuidados que dirigem aos indivíduos que venham a vivenciar esta transição.

Contudo, atendendo ao facto de na segunda fase desta investigação se ter verificado que também sobre as suas famílias se fizeram sentir os efeitos da transição em estudo [ex. quando se verificou que todos os elementos das famílias entrevistadas manifestaram a percepção de transição em função deste acontecimento (*Significado atribuído à “entrada na reforma”*) e que, a mesma, foi qualificada como uma *perda* e/ou como um *ganho* para as suas vidas – cf. Figura 20)] considera-se, uma vez mais, que o sistema “família” não poderá constituir apenas um parceiro neste âmbito do *cuidar*, mas, sim, ser tido como um obrigatório alvo desses mesmos cuidados.

De resto, a referida dualidade e diferenciação de atribuição simbólica que nos elementos de uma mesma família se verificou, em função de uma mesma vivência de transição, veio aludir para um outro aspecto que os enfermeiros deverão ter ainda em linha de conta, quando cuidam dos indivíduos e famílias durante esta transição. Para além de deverem dirigir a sua intervenção à família (família enquanto cliente), será igualmente importante não descuidar o facto de cada um dos seus elementos constituir uma unidade básica e singular nesse sistema e, como tal, carecer de um específico planeamento em saúde (família enquanto contexto).

E porque a mencionada diferenciação resulta da construção “*self*” que se vai realizando em cada elemento da família e porque esta, por sua vez, traduz o confronto entre aquela que era a perspectiva que detinham relativamente a vir a “entrar na reforma” [*Significado atribuído à perspectiva da “entrada na reforma”*] (cf. Figura 18)] e a perspectiva que passam a deter após a efectiva “entrada na reforma” [*Significado atribuído à “entrada na reforma”*] (cf. Figura 20)], assume-se que a referida intervenção de enfermagem deverá ser igualmente provida de um carácter contínuo e continuado por forma a monitorizar o equilíbrio da saúde familiar que durante esta transição se vê frequentemente dotada de fenómenos de

percepção de adaptação à mudança.

Terá sido, então, decorrente da referida percepção de mudança que emergiram os significados que os diversos elementos das famílias em estudo atribuíram à vivência desta transição. E, de acordo com os mesmos, os enfermeiros deverão ter presente que a transição originada por este acontecimento de vida poderá interferir na forma como passam a “*Estar*”, a “*Sentir*” e a “*Ser*” em família.

Com respeito ao “*Estar*” em família, as atitudes neutras, reflexas e proactivas expressas nas narrativas analisadas deram conta que existem diversas formas dos indivíduos se confrontarem com esta mudança. E estas, pelas atribuições de significado conferido, terão seguramente resultado da forma como estariam preparados para esta vivência. Atendendo a este facto, uma vez mais se considera que uma atempada e profícua preparação para esta transição poderá fazer a toda a diferença, no momento em que as famílias passam a vivenciar esta transição.

Relativamente ao “*Sentir*” em família e porque os significados atribuídos à vivência em estudo estiveram essencialmente relacionados com percepções menos positivas da mesma, tais evidências vieram alertar para o facto desta transição ser frequentemente tida como uma “alteração e/ou dificuldade” no seio da dinâmica sistémica familiar. Ainda que os sentimentos de decepção, saudade e solidão, maioritariamente expressos pelos participantes deste estudo, não tenham de ser obrigatoriamente vividos nesta transição, mas porque já na primeira fase desta investigação estes mesmos já tinham sido apontados pelos indivíduos que tinham percebido alterações e/ou dificuldades neste período (cf. Figura 10), considera-se que esta forma de sentir não poderá deixar de ser alvo de uma particular atenção, por parte dos enfermeiros que cuidam de indivíduos e famílias durante esta transição.

Indagar a composição e a qualidade de relações que se estabelecem no sistema familiar (ex. saber com quem vivem, como se relacionam, quais os projectos para o futuro), fomentar as relações que se poderão desenvolver com outros sistemas da comunidade (ex. amigos antigos, vizinhos, centros de lazer) e promover a continuidade ou até mesmo o início de projectos de vida que se constituam estimulantes para o desenvolvimento de um sentido

de auto-estima renovado (ex. realização de voluntariado, frequência de cursos, prática de exercício físico) [Casado, 2004; Fernández-Ballesteros, 2004; Fonseca, 2005; Hanson, 2005; Stanhope e Lancaster, 1999; Veríssimo, 2008], são algumas das muitas intervenções que os enfermeiros poderão desenvolver nestes indivíduos, no intuito de minimizar estas formas de *sentir*.

Em relação ao “Ser” em família, as evidências da segunda fase deste estudo vieram reiterar os resultados obtidos na primeira, quando ficou patente a relevância atribuída ao cônjuge, enquanto fonte de apoio nesta vivência de transição (cf. Gráfico 7). Tratando-se do elemento da família que mais próximo se encontra do protagonista desta transição, por o ter acompanhado ao longo dos vários anos do seu desenvolvimento, por ter construído com este objectivos de vida que foram comuns (ex. criar os filhos) e/ou porque os laços afectivos assim o induziram, a verdade é que esta relação se considera de uma extrema importância no processo de adaptação a esta transição (Alarcão, 2006; Hanson, 2005; Relvas, 2000). Contudo, porque nesta mesma fase do ciclo vital este tipo de relação é frequentemente dotada de sinais de desequilíbrio [resultantes de outras vivências transicionais (ex. saída dos filhos, entrada dos pais) e/ou de relações de comunalidade anteriores menos bem sucedidas], torna-se ainda necessário ter presente que para alguns subsistemas conjugais esta transição possa vir a constituir um “esforço” adaptativo acrescido.

Foi a este entendimento que se chegou quando se verificou que durante a “entrada na reforma” existiu a necessidade de serem operadas diversas adaptações em termos de relação conjugal. A *negociação da interdependência*, a *gestão do conflito relacional* e a *reorganização dos papéis e das funções conjugais* foram manifestações claras da referida necessidade. No que se reporta à negociação da interdependência e porque os significados denotaram a ocorrência de opostas atitudes de conformidade ou inconformidade, esta dualidade revelou que o desenvolvimento desta adaptação terá exposto os seus protagonistas a momentos de ajustamento relacional, dotados de um elevado stress. Idêntica vivência terá sido propiciada pela relação de conflituosidade que também evidenciaram. Denotando os processos adaptativos que tiveram de realizar em termos de comunalidade, estes achados vieram corroborar a noção de que a relação conjugal é frequentemente alvo de constrangimentos nesta fase do ciclo vital (Hanson, 2005; Ribeiro, 2005; Stanhope, 1999).

Em função dos anteriores achados os enfermeiros deverão intervir no sentido de promover a autonomia e a relação de partilha e desenvolvimento destes casais, sendo certo que das mesmas resultaram ganhos para ambos os elementos do casal (Barker, 2000; Bushfield, Fitzpatrick e Vinick, 2008; Ribeiro, 2005). Com respeito à mudança dos papéis e funções familiares e tendo-se verificado que o “cuidar” dos netos se revelou numa estratégia relevante em termos de promoção adaptativa, poderá ser igualmente pertinente explorar esta perspectiva com o subsistema conjugal. Contudo, tendo em vista o desenvolvimento da conjugalidade, considera-se que o casal deve explorar outras formas de promover a sua relação (Barker, 2000).

Quanto à perspectiva da vivência futura e mais especificamente com respeito aos significados de *incerteza* e de *receio* que os participantes em estudo atribuíram a esse mesmo período nas suas narrativas, estas evidências empíricas vieram reiterar o facto da “entrada na reforma” permanecer alvo de uma atribuição simbólica que se conota como um marco de envelhecimento humano. Todavia, ainda que o percurso de desenvolvimento, a si associado, seja dotado de um desconhecimento latente e que esse mesmo desconhecimento possa suscitar as referidas formas de manifestação, considera-se importante que os enfermeiros fomentem nos indivíduos de meia-idade a noção de que viver antecipadamente os efeitos menos positivos do envelhecimento, em nada promove a sua qualidade de vida. E como tal, a “entrada na reforma” não terá de ser necessariamente um sinónimo de envelhecer (no sentido de perda de qualidade de vida) mas, antes, ser tida como um desafio reorganizativo de vida para o qual os indivíduos e famílias deverão estar sensibilizados (Fonseca, 2004b; Wykle, Whitehouse e Morris, 2005; Serra, 2005).

Em função do, anteriormente, exposto:

Como poderão os enfermeiros intervir no período subsequente à “entrada na reforma”?

Antes de efectuar qualquer tipo de intervenção neste domínio, os enfermeiros devem estar particularmente sensibilizados para o facto das características pessoais e familiares serem determinantes para a forma como esta transição possa vir a ser vivenciada.

Com efeito, conforme foi dado a conhecer pelas evidências deste estudo, as características sócio-demográficas, as anteriores experiências de vida, os contextos relacionais e todo um conjunto de fenómenos ambientais nos quais eles se foram desenvolvendo, poderão interferir na forma como eles se adaptam a esta transição. Neste mesmo contexto, também a fase de transição em que se encontram, as estratégias de *coping* que dispõem e mobilizam, os objectivos de vida e, de uma forma marcante, a maneira como se disponibilizam a ser “*cuidados*”, fará toda a diferença nesse planeamento.

Desta forma, e tal como num momento anterior à aquisição do estatuto de aposentado, o planeamento desta intervenção deverá ser especificamente delineado e concebido para a singularidade de cada indivíduo e família, tendo constantemente presente que os mencionados deverão ser sempre os principais agentes desse mesmo processo.

Atendendo aos aspectos anteriormente mencionados, as estratégias que a seguir se apresentam deverão ser tidas como propostas de intervenção a implementar neste período. Contudo, porque as evidências empíricas deste estudo revelaram a existência de alguns aspectos específicos desta vivência de transição, recomenda-se a todos os enfermeiros que as tenham por base no planeamento da intervenção que dirigem aos indivíduos e suas famílias na “entrada na reforma”.

Estratégias dirigidas ao indivíduo:

- *Orientar para a continuidade e/ou reformulação dos seus objectivos de vida* – fazendo notar que, independentemente do grau de satisfação com a sua nova vivência, deverá ser dada a continuidade dos objectivos anteriores ou reformulados com vista à obtenção de uma maior realização pessoal;
- *Promover a auto-estima* – chamando a atenção para o facto da sociedade continuar a precisar de si de uma forma activa e autónoma e, como tal, deverá fazer parte dos seus objectivos de vida a preservação e continuidade de actividades que desenvolvam, no seu interior, um sentido de utilidade social;

- *Fomentar o auto-cuidado* – alertando para o facto desta prática ser fundamental em termos de preservação da todas as suas dimensões da saúde (física, psíquica, social e ecológica) e, como tal, a necessidade de dever continuar a investir na sua imagem e na adopção de comportamentos que incrementem o seu estado de saúde;
- *Promover o sentido de satisfação de vida* – reiterando o facto da “entrada na reforma” não constituir de forma alguma um passo para uma fase do final de vida mas, sim, um período de mudança de objectivos que deverá ser aproveitado na plenitude das oportunidades familiares e sociais que lhe estão adjacentes;
- *Promover o investimento na família* – fazendo nota que independentemente das alterações e/ou dificuldades percebidas durante a vivência da “entrada na reforma”, esta constitui um importante referencial de desenvolvimento a preservar.

Estratégias dirigidas à família:

- *Promover a resiliência familiar* – conhecendo a forma como as famílias responderam a outras transições de vida, identificando estratégias de *coping* de que são actualmente detentoras e dotando-as de competências que lhes permita mobilizar as mesmas, no sentido de responder às mudanças adaptativas que a vivência da “entrada na reforma” lhes possa vir a suscitar;
- *Coadjuvar na forma de lidar com as perdas e reforçar os ganhos* – dando a perceber à família que as expectativas detidas para a vivência deste período de transição nem sempre se vêm a confirmar e, como tal, ainda que tenha de contornar as perdas, torna-se mais benéfica para o seu desenvolvimento a centralidade baseada naqueles que foram os ganhos obtidos;

- *Identificar e encaminhar casos de risco transicional* – prestando uma particular atenção para famílias em que os indivíduos vivam sozinhos, estejam a vivenciar outras transições de vida ou que sejam detentores de um quadro socioeconómico vulnerável (ex. dificuldades financeiras);
- *Promover o desenvolvimento de uma interdependência conjugal saudável* – dando a perceber aos elementos do sub-sistema conjugal que a preservação do espaço individual se torna indispensável a uma vivência saudável da conjugalidade;
- *Fomentar uma comunalidade saudável* – estimulando a realização e partilha de momentos de intimidade e de lazer que proporcione um sentido de satisfação conjugal;
- *Advogar a gestão do conflito conjugal* – ajudando o casal a desmontar a fonte de conflituosidade e fazendo-os perceber que o momento de transição em questão, por si só, poderá ser propiciador da sua ocorrência;
- *Coadjuvar o desempenho de novos papéis e funções familiares* – orientando e apoiando os seus elementos nas dificuldades encontradas neste âmbito.

Nas anteriores estratégias encontram-se então algumas das possibilidades dos enfermeiros melhorarem a sua intervenção no período de transição, que é trazido pela “entrada na reforma”.

Todavia, atendendo a determinados aspectos do foro psicológico e social que nele poderão estar envolvidos, será importante terem em consideração o facto de necessitarem de envolver outros profissionais neste processo, de forma a potencializar os efeitos da sua intervenção. Destacam-se, neste âmbito, os contributos daqueles que basearam o seu desenvolvimento habilitacional e formativo nos domínios da medicina, da psicologia e da sócio-antropologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desenvolvimento humano conduz a implicações complexas e multidimensionais que urge fundamentar no âmbito dos modelos ecológicos. Neste sentido, é à luz das ciências humanas - das teorias do desenvolvimento humano, da transição, da mudança e dos sistemas - que os indivíduos, famílias, comunidades e ambiente devem ser estudados.

Mas, porque este desenvolvimento advém da contínua interação ocorrida entre os microssistemas, mesossistemas, exossistemas, macrossistemas e cronossistemas abrangidos (Bronfenbrenner, 1979), cujo equilíbrio só poderá ser conseguido pelo processo de homeostasia que entre os mesmos se estabelece (Maturano e Varela, 1992), o seu estudo implica, necessariamente, o conhecimento dos processos adaptativos nele envolvidos.

Reconhecendo que os momentos de transição são particularmente dotados de processos desta índole e que, se não forem devidamente conduzidos, poderão suscitar uma importante fonte de vulnerabilidade para o estado de saúde dos indivíduos (Meleis, 2010; Schlossberg, 2004), considera-se que a produção de conhecimento nesta área deverá constituir uma prioridade em saúde.

No domínio da Enfermagem, a emergência deste campo do saber tem vindo a revelar-se fundamental para consubstanciar aquela que deverá ser a sua intervenção de promoção em saúde. Contudo, porque persistem diversas lacunas neste conhecimento, reconhece-se que determinadas fases do desenvolvimento humano ainda carecem de estudo, por parte dos seus profissionais.

A “entrada na reforma” constitui um dos acontecimentos transicionais que mais efeito exerce na vivência dos indivíduos e famílias, naquele que é o período da meia-idade. E, porque a referida exiguidade foi verificada no domínio do seu desenvolvimento, partiu-se para a realização deste estudo que teve por finalidade: *Construir um conhecimento substantivo e convergente no domínio da Enfermagem no sentido de consubstanciar orientações e estratégias de intervenção que promovam a saúde dos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”.*

No sentido de atingir os objectivos a que se propôs [i) Conhecer as vivências percebidas pelos indivíduos e suas famílias, durante o processo de transição originado pela “entrada na reforma”; ii) Identificar factores influenciadores da vivência do processo de transição originado pela “entrada na reforma” e iii) Avaliar o impacto do processo de transição, originado pela “entrada na reforma”, na evolução do estado de saúde dos indivíduos], este estudo foi desenvolvido em duas fases.

Em função dos achados empíricos nelas encontrados, as principais conclusões que se extraíram da realização deste estudo foram:

- O contexto laboral, do qual os indivíduos actualmente se aposentam, persiste em manter a desigualdade de oportunidade de género e revela-se incipiente em termos de intervenção de promoção da saúde;
- A ocupação dos tempos livres durante a fase activa é bastante exígua e restritiva;
- Ainda que se preconize um retardar da aposentação, continua-se a verificar que os indivíduos se aposentam numa média de idade bastante inferior à instituída;
- A idade limite para o exercício laboral continua a prevalecer como causa de aposentação mas, “idade+tempo de serviço” revela-se, logo de seguida, como o motivo mais apontado para esta tomada de decisão;
- As características sócio-demográficas (a idade, o género, o estado civil, o nível socioeconómico e a área de exercício profissional), o significado conferido ao contexto laboral e a perspectiva de vivência no período pós-aposentação, constituem factores determinantes para a forma como os indivíduos protagonistas vivenciam a “entrada na reforma”;
- As principais alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos nesta transição são a *alteração da rotina diária*, a *dificuldade em ocupar o tempo*, a *diminuição do poder económico*, a *solidão* e a *diminuição da auto-estima*;
- As estratégias reveladas, para fazer face às alterações e/ou dificuldades percebidas, são escassas, inespecíficas e passam essencialmente pela *auto-imposição de um ritmo de vida*, pela *ocupação no lar* e pela *frequência e/ou recurso a instituições da comunidade*;
- A família é percebida, pelos protagonistas, como a principal fonte de apoio nesta transição e, dentro desta, o cônjuge é considerado o elemento mais relevante;

- Após a aposentação, os protagonistas da “entrada na reforma” melhoram os seus comportamentos em saúde, contudo, esta mudança não se repercute numa efectiva melhoria do seu estado evolutivo;
- A “entrada na reforma” é percebida como uma transição de vida que envolve *ganhos e perdas*, simultâneas, e esta percepção não é apenas tida pelos indivíduos que a protagonizam mas também, e de forma bastante evidente, pelas famílias que os acompanham nesse processo;
- A vivência da “entrada na reforma” suscita um vasto conjunto de reaprendizagens que se identificam com a forma como passam a estar, a sentir e a ser em família.
- A perspectiva da vivência do futuro é provida de significados de incerteza e de receio.

Foram várias as limitações com as quais se deparou durante a realização deste estudo. As que mais se destacaram estiveram relacionadas com:

- A dificuldade tida em aceder a indivíduos aposentados num período de tempo inferior a 5 (cinco) anos - valeu, neste âmbito, o recurso a um grupo de estudantes que se voluntariaram para colaborar no processo de selecção da amostra;
- A perda de informação resultante do facto dos inquiridos da primeira fase deste estudo não terem assinado o seu questionário (por forma a validar a sua postura de consentimento-informado) – valeu, neste âmbito, a elevada quantidade de questionários distribuídos;
- A dificuldade em aceder a famílias que consentissem ser estudadas por meio da gravação em vídeo das suas entrevistas – valeu, neste âmbito, a relação de confiança detida com os seus enfermeiros de família e o facto do investigador ter sido apresentado por estes;
- A dificuldade em agendar os momentos de colheita de informação, da segunda fase deste estudo – valeu, neste âmbito, a persistência metodológica do investigador;
- O elevado dispêndio económico (as duas fases) e de tempo (mais a 2ª fase) que os processos de recolha de dados suscitaram – valeu neste, âmbito, a ajuda que deteve do financiamento e disponibilidade temporal que foi concedida ao investigador.

Num balanço final, considera-se que a presente investigação veio corroborar a teoria dos sistemas familiares, quando permitiu verificar que a vivência da “entrada na reforma”, protagonizada por um dos seus elementos, não pode ser vista de forma isolada mas, sim, tida num contexto sistémico como é a família.

Assim sendo, quando a Enfermagem pretende realizar uma intervenção que se pretende de qualidade no desenvolvimento de acções que promovam a saúde nesta transição, o seu foco de cuidados não se poderá cingir ao indivíduo, na certeza de que a referida intervenção se tornará pouco eficiente e efectiva. Assente nesta premissa, as práticas actualmente desenvolvidas nesta fase do ciclo vital terão de abandonar definitivamente o cuidado individualizado, que ainda se constata nos contextos de saúde ocupacional.

Mas, atendendo a que a complementaridade de conhecimentos neste domínio se torna necessária e potencializa os ganhos em saúde, considera-se que em todas as suas áreas se poderá investir neste sentido. Com base nesta perspectiva, sugere-se a implementação das seguintes medidas:

Na área do exercício de cuidados

i) No âmbito da saúde ocupacional:

- Desenvolver práticas mais centradas na promoção da saúde do que na prevenção dos riscos na meia-idade;
- Construir projectos de intervenção centrados na promoção da saúde na “entrada na reforma”;
- Implementar uma intervenção que não se centre apenas nos trabalhadores mas que seja alargada ao seu sistema familiar;
- Promover a articulação dos serviços de saúde ocupacional com as equipas de saúde familiar.

ii) No âmbito das unidades funcionais de saúde:

- Implementar um programa de vigilância de saúde do adulto que vise a promoção de saúde na meia-idade;
- Incrementar um projecto de vigilância de saúde da família na meia-idade;

- Estabelecer parcerias com as instituições comunitárias no sentido de elaborar programas de visem a manutenção da actividade e da relação social dos indivíduos no período da “entrada na reforma”;
- Apoiar as empresas na realização de formação em saúde e no desenvolvimento de outras actividades que visem a promoção da saúde dos seus trabalhadores;
- Criar parcerias entre as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), entidades empregadoras e as entidades prestadoras de serviços de saúde ocupacional com vista ao desenvolvimento de intervenções educativas na área da “entrada na reforma”.
- Promover a continuidade de cuidados de vigilância da saúde aos indivíduos e famílias que se encontrem na meia-idade e na “entrada na reforma”.

Na área da formação

- Desenvolver unidades curriculares que contemplem conteúdos programáticos na área da promoção da saúde na “entrada na reforma”;
- Implementar estratégias de aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes conducentes à capacitação dos indivíduos e famílias na vivencia da transição da “entrada na reforma”;
- Fomentar cursos de formação contínua na área da promoção da saúde na “entrada na reforma”

Na área da investigação

- Criar uma linha de investigação no âmbito da *promoção da saúde na meia-idade* na UICISA-dE (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – domínio da Enfermagem)/ ESENF;C;
- Desenvolver investigação no domínio da *promoção da saúde familiar na meia-idade*;
- Submeter candidatura de um projecto de investigação à FCT (Fundação da Ciência e Tecnologia) que vise aplicar e estudar os efeitos de algumas das orientações de intervenção apresentadas nesta tese.

BIBLIOGRAFIA

A

- AINKEN, L. - **Aging: an introduction to gerontology**. California: SAGE, 1995. ISBN 0-8039-5445-X.
- AGOSTINHO, P. - Perspectiva psicossomática do envelhecimento. **Revista Portuguesa de psicossomática**. ISSN 0874-4696. Vol 6, nº.1 (2004). p.31-36.
- ALARCÃO, M. - **(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica**. 3ª ed. Coimbra, Quarteto editora, 2006. ISBN 972-8535-21-X
- ALMEIDA, N. - **As representações sociais da gestora nos saberes e nas práticas da gestão**. Dissertação de mestrado em Psicologia Social e Organizacional. Lisboa: ISCTE, 1996.
- AMÂNCIO, L. - **Factores psicossociológicos da discriminação da mulher no trabalho**. Dissertação de Doutoramento Psicologia Social e Organizacional. Lisboa: ISCTE, 1989.
- AMÂNCIO, L. - **Masculino e feminino: a construção social da diferença**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 1998. ISBN 972-36-0333-0.
- ANTUNES, D. - Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Revista Educação**. ISSN 0101-465X . Vol 61, nº 1 (2007). p. 149-164.
- ATCHLEY, R. - Retirement. *In* BIRREN, J. - **Encyclopaedia of gerontology**. San Diego: Academic Press, 1996. ISBN 978-0-12-370530-3 . Vol 2. p.423-454
- AUSTAD, N; FISCHER, E. - Mammalian aging, metabolism, and ecology: evidence from the bats and marsupials. **Journal of GerontolBiological Science**. ISSN 1079-5006. Vol. 46, n.º47 (1991), p. 24-34.
- AUSLOOS, G. - **A competência das famílias: tempo, caos, processo**. 2ª Ed. Colecção sistemas, famílias e terapias. Lisboa: Climepsi, 2003. ISBN 972-796-102-9.
- AZEVEDO, R; CARVALHO, A (2006) - O lugar da família na rede social do lazer após a aposentadoria. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. ISSN 0104-1282 Vol 16, n.º 3 (2006), p. 76-82.

B

- BALTES, P; REESE, H; LIPSITT, L. - Life-span development psychology. **Annual Review of Psychology**. ISSN 0110-9738. Vol 3 (1980), p. 65-110.
- BALTES, P. - Theoretical Propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. **Developmental Psychology**. ISSN 0012-1649. Vol. 23, n.º 5 (1987), p. 611-626.
- BALTES, P; BALTES, M. - **Successful aging: perspectives from behavioural sciences**. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1993. ISBN 0521-37454-5.

- BALTES, M; CARSTENSEN, L. - The process of successful ageing. **Ageing & Society**. ISSN 0144-686 X. Vol 16, n.º 4(1996), p. 397-422.
- BALTES, M; CARSTENSEN, L. - Social-psychological theories and their applications to aging: From individual to collective. *In* BENGTON, V.; SHAI, V. - **Handbook of theories of aging**. New York: Springer, Bengtson & Schaie (Eds), 1999. ISBN 0-8261-1234-X. Cap 12, p. 209-226.
- BALTES, P; SMITH, J. - New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. **International Journal of Experimental, Clinical and Behavioural Gerontology**. ISSN 0304-324x. Vol 49, n.º 2 (2003), p. 123-135.
- BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. ISBN 9789724415062.
- BARKER, P. - **Fundamentos da terapia familiar**. Coleção sistemas, famílias e terapias. Lisboa: Climepsi Editores, 2000. ISBN 972-8449-68-2.
- BEE, H. - **O ciclo vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. ISBN 8573071818.
- BELSKY, J. - **Psicología del envejecimiento**. Madrid: Paraninfo, 2001. ISBN 8428327971.
- BENGTON, V; BIBLARZ, T.; ROBERTS, R. - **How families still matter: a longitudinal study of youth in two generations**. United Kingdom: Cambridge University press, 2002. ISBN 9780521804233.
- BENNETT, P, MURPHY, S - **Psicologia e promoção da saúde**. Manuais Universitários 14. Lisboa: Climepsi, 1999. ISBN 978-972-9301-99-5.
- BLUMER, H. - **Symbolic interactionism perspective and method**. California: Prentice-Hall, 1969. ISBN 978-0520056763.
- BLUMER, H. - Symbolic interactionism. *In* CALHOUN, C. et al - **Contemporary sociological theory**. Oxford: Blackwell, 2002. ISBN 0631213503. p. 66-77.
- BOMAR, P - **Promoting health in families: applying family research and theory to nursing practice**. 3ª ed. Philadelphia: Saunders, 2004.
- BOTELHO, M. - Idade avançada: características biológicas e multimorbilidade. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. ISSN 087-7103. Vol 23 (2007), p.191-195.
- BRANCO, M. *et al* - **Uma observação sobre a prevalência de algumas doenças crónicas em Portugal continental**. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde, 2005. ISBN 972-722-484-9.
- BRONFENBRENNER, U. - Lewinian space and ecological substance. **Journal of Social Issues**. ISSN 0102-7972. Vol. 33, n.º 4 (1977), p. 199-213.
- BRONFENBRENNER, U. - **The ecology of human development: experiments by nature and design**. Massachusetts: Harvard University Press, 1979. ISBN 978-0674224575.
- BRONFENBRENNER, U. - The evolution of environment models in development research. *in* **Handbook of child psychology**. New York: Wiley, 1983. ISBN 978-0471051947. Vol. 1, p.357-415.

- BRONFENBRENNER, U. - Ecology of the family as a context for human development: research perspectives. **Developmental psychology**. ISSN 0103-863X. Vol. 22, n.º 6 (1986), p. 723-742.
- BRONFENBRENNER, U. - Ecological models of human development. *in* **International encyclopaedia of education**, 2nd ed. Oxford: Pergamon Press, 1994. ISBN 978-0080410463. p1643-1647.
- BRONFENBRENNER, U.; MORIS, P. - The ecology of developmental process. *In* DAMON, W.; LERNER, R. (Eds). **Handbook of child psychology**. New York: Wiley, 1998. ISBN 978-0-471-27287-8. Vol 1. p. 993-1028.
- BRONFENBRENNER, U. - **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. ISBN 85-7396-388-3.
- BRUBAKER, T. - **Family relationships in later life**. 2ª ed. California: SAGE, 1990. ISBN 08039-3321-5.
- BUENDÍA, J *et al.* - **Gerontología y salud: perspectivas actuales**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1997. ISBN 84-7030-419-4.
- BUENDÍA, J; RIQUELME, A. - Personalidad, procesos cognitivos y envejecimiento. *in* **Gerontología y salud: Perspectivas actuales**. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1997. ISBN 84-7030-419-4. p. 233-246.
- BUSHFIELD, S.; FITZPATRICK, T.; VINICK, B. - Perceptions of "impingement" and marital satisfaction among wives of retired husbands. **Journal of Women & Aging**. ISSN 1540-7322. Vol 20, n.º 3, 4 (2008), p. 199 - 213

C

- CABRILLO, F; CACHAFEIRO, L - **A revolução grisalha**. Lisboa: Planeta Editora, 1990. ISBN 972-731-002-8.
- CALASANTI, T (1996). Gender and life satisfaction in retirement: an assessment of the male model. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences**. ISSN 1413-7372. Vol 51, n.º 1, p. 18-29.
- CARMO, I. *et al* - **Mulher 50+. 10: um guia para a mulher na maturidade**. Lisboa: Livros d'Hoje, 2008. ISBN 9789722037013.
- CARP, F.; CARP, A. - A complementary congruence model of well-being for the community elderly. *In* ALTMAN, I.; LAWTON, M.; WOHLWILL, J. (Ed.) - **Elderly people and the environment**. New York: Plenum Press, 1984. ISBN 0306-414229-S. p. 279-336.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. - **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. ISBN 85730778332.
- CARVALHO, A. *et al* - **Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos consumos de risco**. Lisboa: Quarteto Editora, 2003. ISBN 972-9345-46-5.
- CASADO, D. - Opciones humanizadoras de la jubilación. **Revista de Enfermería Rol**. ISSN 0034-7167. Vol 27, n.º 4 (2004), p. 63-66.

- CHANLAT, J. et al - **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. Vol.1, São Paulo: Editora Atlas, 1996. ISBN 978522415038.
- CHARON, J. - **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, integration**. 10 ed. New Jersey: Prentice Hall, 2009. ISBN 9780136051930.
- CLANDININ, D.; CONNELLY, F. - **Narrative inquiry: experience and story in qualitative research**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. ISBN 9781593118877.
- CLAUSEN, J. - Gender, contexts and turning points in adult's lives. in **Examining life's in context: perspectives on the ecology of human development**. 3ª Ed. Washington. American Psychological Association, 2001. ISBN 978-1557982933. p. 365-392.
- RELATÓRIO DA COMISSÃO AO CONSELHO, AO PARLAMENTO EUROPEU, AO COMITÉ ECONÓMICO E SOCIAL EUROPEU E AO COMITÉ DAS REGIÕES. **Igualdade entre homens e mulheres – 2008** [em linha]. Bruxelas: COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS, 2008. [Consult. Fev. 2009]. Disponível na internet <URL: <http://eur-lex.europa.eu/lexuriserv.do?uri-COM:2008:0010:FIN:PT:PDF>>
- CONSELHO DE ENFERMAGEM - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- CORREIA, J. - **Introdução à gerontologia**. Lisboa: Universidade Aberta, 2003. ISBN 9789726743927.
- COYNE, C.; THOMPSON, R.; PALMER, S. - Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. **Journal of Family Psychology**, ISSN 0103-863X. Vol. 16, n.º (2002), p. 26-37.

D

- DAVEY, A; SZINOVACZ, M. - Dimensions of marital quality and retirement. **Journal of Family Issues**. ISSN 0192513X. Vol 25 (2004), n.º 4, p.431-464.
- DECLARAÇÃO DE LUXEMBURGO. Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Apresentada na 1ª Conferência Europeia de Luxemburgo, 1997. [Consult. 6 Julho 2007]. Disponível na internet: [URL:<http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/302>](http://osha.europa.eu/pt/publications/reports/302).
- DECLARAÇÃO DE LISBOA. Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Apresentada na 2ª Conferência Europeia em Lisboa, 2001. [Consult. 6 Julho 2007]. Disponível na internet: [URL:<http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2001>](http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2001).
- DECLARAÇÃO DE BARCELONA. Rede Europeia para a Promoção da Saúde no Local de Trabalho. Apresentada na 3ª Conferência Europeia em Barcelona, 2002. [Consult. 6 Julho 2007]. Disponível na internet: [URL:<http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2002>](http://osha.europa.eu/pt/publications/annual_report/2002).
- DECRETO-LEI n.º 161/1996. «D.R. I série-A». 205 (04.09.1996). p. 2959-2962. [Regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem (REPE)].

- DECRETO-LEI n.º 157/1999. «D.R. I série». 108 (10.05.99). p. 2424-2435. [Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde e o conceito de unidade de saúde familiar].
- DECRETO REGULAMENTAR n.º 6/2001. «D.R. I série-B». 104 (05.05.2001). p. 2613-2638. [Aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado].
- DENHAM, S. - **Family Health: A framework for nursing**. Philadelphia: Davis Company, 2003. ISBN 0-8036-0944-2.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. - **Handbook of qualitative research**. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. ISBN 978-0761915126.
- DOANE, G.; VARCOE, C. - **Family nursing as relational inquiry: developing health promoting practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. ISBN 0-7817-4841-0.
- DOOL, J *et al.* **Actividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento**. Estudos interdisciplinares de envelhecimento. Porto Alegre: PROEJA, 2007. Vol 12, p. 7-33. ISBN: 9788576960409
- DUVAL, E.; MILLER, B. - **Marriage and family development**. 2ª ed. Nova Iorque: Lippincott Company, 1985. ISBN 0802829007.

E

- EUROPEAN COMMISSION. **Healthy ageing: keystone for a sustainable europe - EU health policy in the context of demographic change**. Discussion Paper. [em linha]. Bruxelas: HCP, 2007. [consult. Mai 2008]. Disponível na internet: [URL:<http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/healthy_ageing_en.pdf>](http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/docs/healthy_ageing_en.pdf).
- EUROPEAN COMMISSION. **Eurostat regional yearbook 2009**. Charter 1: Population. [em linha]. Bruxelas: EC, 2010. [consult. Fev. 2010]. Disponível na internet: [URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Housing_statistics>](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Housing_statistics). ISSN 1830-9674

F

- FERNANDES, A. - Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. **Revista Sociologia**. ISSN 0873-6529. Set (2001), n.º 36, p. 39-52.
- FERNANDES, A. - Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001). **Análise social**. ISSN 0003-2573. Vol. 42, n.º 183 (2007), p. 419-443.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. - **Gerontologia social**. Madrid: Ediciones Pirámide, 2004. ISBN 84-368-1437-1.

- FEETHAM, S. *et al* - **The nursing of families: theory, research, education, practice**. Califórnia: SAGE Publications, 1993. ISBN 0-8039-4716-X.
- FIRMINO, H. - **Psicogeriatría**. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 989-20-0314-4.
- FONTAINE, R. - **Psicologia do envelhecimento**. Lisboa: Climepsi, 2000. ISBN 972-8449-65-8.
- FONSECA, A. - **Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma”**. Tese de doutoramento realizada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2004a.
- FONSECA, A. - **O envelhecimento: uma abordagem psicológica**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2004b. ISBN 972-54-0099-2.
- FONSECA, A. - **Desenvolvimento humano e o envelhecimento**. Manuais Universitários 35. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN 972-796-156-8.
- FONSECA, A; PAÚL, C. - Adaptação e validação do “Inventário de satisfação com a reforma” para a população portuguesa. **Psychologica**. ISSN 0871-4657. N.º29 (2002). p.169-180.
- FONSECA, A; PAÚL, C. - Saúde percebida e “passagem à reforma”. **Psicologia Saúde & Doenças**. ISSN 1654-0086. Vol 5, n.º1(2004), p. 17-29.
- FRANÇA, L. - **Repensando aposentadoria com qualidade**. [em linha] Rio de Janeiro: UnATI/UERJ, 2002. [Consult. Mar. 2008]. Disponível na internet:<[URL:http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/repensando.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/publicacoes/pdf/repensando.pdf)>.
- FREUND, A.; BALTES, P. - Selection, optimization and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicator of successful aging. **Psychology and Aging**. ISSN 0882-7974. Vol. 13, n.º 4 (1998), p. 531-543.
- FREUND, A.; LI, K.; BALTES, P. - Successful development and aging: the role of selection, optimization and compensation. *in* **Action and self-development: theory and research through the life span**. Thousand Oaks: Sage, 1999. ISBN 978-0761915430.
- FRIEDMAN, M. - **Family nursing: theory and assessment**. 3ª ed. Norwalk, CT: Appleton-Century-Croft, 1992. ISBN 843974924.

G

- GRAZINA, M; OLIVEIRA, C. - Aspectos bioquímicos do envelhecimento. *in* Pinto, A. *et al* - **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-86-4. p.91-109.

H

- HAAFTEN, V.; KOUTHALS, M.; WREN, T. (1997). **Philosophy of development: reconstructing the foundations of human development and education**. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1997. ISBN 0-7923-4319-0.
- HAWLEY, A. - **Teoría de la ecología humana**. Madrid: Ed. Tecnos, 1996. ISBN 8430920803.
- HANSON, S. - **Enfermagem de cuidados de saúde à família**. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-83-5.

- HAWKEN, P.; HILLESTAD, A. - Retirement: a job in and of it self. **Nursing Administration Quarterly**. ISSN 1365-2834. Vol 25, n.º 1 (2000). p. 102-106.
- HENRETTA, J. - Work and retirement. *in* **Handbook of Aging and the social sciences**. 5ª ed. California: Academic press, 2001. Vol 14, p. 255-267.
- HOLMAN, A - **Family assessment: tools for understanding and intervention**. Beverly Hills, California: Sage Publications, 1983. ISBN 9780803920200
- HOLLOWAY, I; FRESHWATER, D. - **Narrative research in nursing**. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007. ISBN 1-85302-788-X.

I

- ICN – **Caring for families. Information and action tool kit**. Genebra: International Council of Nurses, 2002. ISBN - 92-95005-66-X.
- IEFP - **Classificação Nacional de Profissões**. 2ª ed. Lisboa: Instituto do Emprego e Formação Profissional, 2001. ISBN 972-732-146-1.
- INE - **CENSOS 2001**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002a.
- INE - **O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas**. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002b. [Consult. Jan 2007]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.
- INE - **Projeções de Portugal residente, Portugal e NUTS II: Decréscimo e Envelhecimento da população até 2050**. [em linha] Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2004. [Consult. Jan 2007]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.
- INE - **Dia Internacional da Mulher: 32 anos (1975/2007- Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para todos**. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2007. [Consult. Mai 2008]. Disponível na Internet: <[URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.
- INE - **Estatísticas Demográficas 2007**. [Em linha]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2008. [Consultado em Jul 2008]. Disponível na internet: <[URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt)>.

J

- JONES, E. - **Terapia dos sistemas familiares**. 2.ª ed. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN 972-796-123-1.

K

- KAHAMA, E.; BIEGEL, D.; WYKLE, M. - **Family caregiving across lifespan**. Califórnia: SAGE, 1994. ISBN 0-335-19175-4.
- KAPLAN, S. - A model of person-environment compatibility. **Environment and Behaviour**. ISSN 0013-9165 . Vol 15, nº 3(1983), p. 311-332.

- KIPPENBROCK, T. - Saúde do Homem. In STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. p.617-633.
- KOZIER, B.; ERB, G.; OLIVIERI, R. - **Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica**. 5ª ed. Vol. 1. Madrid: McGraw-Hill, 1999. ISBN 85-346-0735-4.

L

- LACASAÑA, B. - ?Y después de la investigación qué? reflexión sobre la implementación de la evidencia en la práctica clínica enfermera. **Evidentia. Revista de enfermería basada en la evidencia**. [Em linha] Vol 3, n.º 10 (2006) [Consult. Julho 2009]. Disponível na internet: <URL: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/236articulo.php>>. ISSN 1697-638X.
- LACHMAN, M - **Handbook of Midlife Development**. New York: John Wiley & Sons, Inc, 2001. ISBN 047133331X.
- LACHMAN, M.; BALTES, P. - Psychological ageing in lifespan perspective. In Rutter, M.; Hay, D. - **Development through life. A handbook for clinicians**. Oxford: Blackwell Science, 1994. ISBN 91-7656-334-0. Pt. 22. p.583-606.
- LADISLAS, R. - **O envelhecimento: factos e teorias**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. ISBN 84-8174-639-8.
- LEI n.º 35/2004. «D.R. I série». 177(29.7.04). pp. 4810-4885
- LEI n.º 211/2006. «D.R. I série». 208(27.10.06). pp. 7508-7517. Publica a Lei Orgânica do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, a qual cria a Autoridade para as Condições do Trabalho.
- LEI n.º 11/2008. «D.R. I série». 36 (20.2.08). pp. 1147-1153. Publica a alteração do estatuto de aposentação.
- LIEBLICH, A; TUVAL-MASHIACH, R; ZIBER, T - **Narrative research: reading, analysis and interpretation**. Vol. 47. Series: Applied social research methods. Thousand Oaks: Sage, 1998. ISBN 0-8039-3435-1
- LIMA, A; SILVA, H; GALHARDONI, R - Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. [em linha]. Vol. 12, n.º 27 (2008), p. 795-807. [Consult. Jan 2009]. Disponível na internet: URL:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000400010&script=sci_arttext>. ISSN 1414-3283

M

- MATURANA, H; VARELA, F - **The tree of knowledge: the biological roots of human understanding**. Boston: Shambhala, 1992. ISBN 0-8166-3557-9.
- MATURANA, H. - **Cognição, ciência e vida quotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001. ISBN 85-7041-249-5.

- McGOLDRICK, M; GERSON, R - **Genograms in family assessment and intervention**. New York: W.W. Norton, 1985. ISBN 978-0393700237.
- McGOLDRICK, M; CARTER, B. - **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN 978-85-7307-833-6.
- MELEIS, A.; TRANGENSTEIN, P. - Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. **Nursing Outlook**. ISSN 0029-6554. Vol. 42, n.º 6 (1994). p. 255-259.
- MELEIS, A. - Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. **Nursing Research**. ISSN 0894-3184. n.º 24 (1995). p. 264-271.
- MELEIS, A. *et al* - Experiencing transition: an emerging middle-range theory. **Advances Nursing Science**. ISSN 0309-2402. Vol. 23, n.º 1(2000). p. 12-28.
- MELEIS, A. - **Theoretical nursing: development and progress**. 4th ed. Philadelphia, Pennsylvania: J. Lippincott Company, 2006. ISBN 978-0-7817-3673-2.
- MELEIS, A. - **Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0534-9.
- MOEN, P; ELDER, G; LÜSCHER, K. - **Examining life's in context: perspectives on the ecology of human development**. 3ª ed. Washington. American Psychological Association, 2001. ISBN 1-55798-293-7
- MONAHAN, F. *et al* - **Enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. Loures: Lusodidacta, 2007. ISBN 978-989-8075-22-2.
- MORIN, E. - **Introdução ao pensamento complexo**. 5ª ed. Coleção Epistemologia e Sociedade. Lisboa: Instituto Piaget, 2008. ISBN 978-972-771-951-8.
- MORLEY, J. - A brief history of geriatrics. **Journal of Gerontology**. ISSN 1079-5006. Vol. 59, n.º 11(2004). p. 1132-1152

N

- NATIONAL INSTITUTE ON AGING - **Why population aging matters: a global perspective**. [em linha]. USA: Department of health and human services of USA, 2007. n.º07-6134. [consult. Jan 2008]. Disponível na internet: <[URL:http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/9E91407E-CFE8-4903-9875-D5AA75BD1D50/0/WPAM.pdf](http://www.nia.nih.gov/NR/rdonlyres/9E91407E-CFE8-4903-9875-D5AA75BD1D50/0/WPAM.pdf)>.
- NERI, A. – **Palavras-chave em gerontologia**. 3ª ed. Coleção velhice e sociedade. Campinas: Editora Alínea, 2008. ISBN 978-85-7516-282-8.
- NETTO, M.; FILHO, E.; GARCIA, Y. - Biologia e teorias do envelhecimento. *In* NETTO, M; FILHO, E - **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005(a). ISBN 857379772X. p. 3-19.
- NETTO, M. ; FILHO, E; SALLES, R. - Fisiologia do envelhecimento. *In* NETTO, M; FILHO, E - **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005(b). pp.43-63.

- NEUMAN, B. - The Neuman systems model. *In* NEUMAN, B. (Ed.) - **The Neuman systems model**. 2nd ed. Norwalk, Conn, Appleton & Lange, 1989. ISBN 082614005X. p. 3-50.
- NEUGARTEN, D - **The meanings of age: selected papers of Bernice Neugarten**. Chicago: University of Chicago Press, 1996. ISBN 978-0226573847.
- NEVES, M; PACHECO, S. - **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8.
- NIVEN, D. – **Os 100 segredos das famílias felizes**. Lisboa: Gradiva, 2004. ISBN 972-662-979-9.
- NOVO, R. - **Para além da eudaimonia. O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003. ISBN 972-31-1038-5.
- NUNES, M. - **O envelhecimento no feminino: um desafio para o novo milénio**. Coleção informar as mulheres. Nº 22. Lisboa: Comissão para a igualdade e para os direitos das mulheres. Presidência do conselho de ministros, 2005. ISBN 972-597-272-4.
- NUNES, A *et al* - Relações familiares: Mudanças e Diversidade. *In* VIEGAS, J.; COSTA, A. (orgs.) - **Portugal, que modernidade?**. Oeiras: Celta editores, 1998. ISBN 972-8027-90-7. p. 45-78

O

- OGDEN, J. - **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999. Manuais Universitários, 11. ISBN 972-8449-16-X.
- OLIVEIRA, J. - **Psicologia da família**. Lisboa: Universidade Aberta, 2002. ISBN 972-674-368-0.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **A cada família o seu enfermeiro**. Lisboa:OE, 2000.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Grafinter, 2002.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Grafinter, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Código deontológico de Enfermagem. *In* **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros** (Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)
- OSORIO, L. - **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN 857307205-9.

P

- PAPALAIA, D.; OLDS, S. - **Desenvolvimento humano**. 7^a ed. Porto Alegre: ARTEMED, 2000. ISBN 85-7307-646-1.
- PAÚL, C. - Satisfação de vida dos idosos. **Psychologica**. ISSN 0871-4657. Vol 43, n.º 8 (1992). pp. 61-80.
- PAÚL, C. - **Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente**. Coimbra. Livraria Almedina, 1997. ISBN 972-40-1000-7.

- PAÚL, C., FONSECA, A. - **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 2001. ISBN 972-796-185-1.
- PAÚL, C. - Psicologia do envelhecimento. *In* Firmino, H. – **Psicogeriatría**. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 978-84-691-9300-6. p. 43-68.
- PAÚL, C. - **Geropsicologia ambiental e vulnerabilidade da pessoa idosa**. [Em linha] II Congresso Português de Gerontologia Social: A vulnerabilidade da pessoa idosa. Lisboa, 11 de Maio, 2007. [Consultado em Mar 2008] disponível na internet:<[URL:http://rutis.terradasideias.net/documentos/Conteúdos/EnvelhecimentoActivoConStPaul.pdf](http://rutis.terradasideias.net/documentos/Conteúdos/EnvelhecimentoActivoConStPaul.pdf).>
- PESTANA, M; GAGEIRO, J. - **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS**. 5ª Ed. Lisboa: Edições sítabo, 2008. ISBN 978-972-8952-08-2
- PINAZO, H; SÁNCHEZ, M. - **Gerontología: actualización, innovación y propuestas**. Madrid. Pearson Educación, 2005. ISBN 978-970-686-406-2.
- PINTO, A. *et al* - **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto editora, 2001. ISBN 972-8535-56-2.
- PORTUGAL, G. - **Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner**. Aveiro: Centro de Investigação, Difusão e Intervenção Educacional, 1992.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Os mais velhos: relatório de actividades**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998. ISBN 972-8485-07-7.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direcção-Geral da Saúde – **Programa Nacional para a Saúde das pessoas Idosas**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004a. ISBN 972-675-155-1.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004b. (Vol. I – Prioridades e Vol. II - Orientações estratégicas). ISBN 972-675-108-X.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Portal da Saúde** [em linha]. Lisboa: DGS. [Consul. Mai 2010]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.portaldasaude.pt/portal](http://www.portaldasaude.pt/portal)>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL - **As mulheres no mercado de trabalho**. Lisboa: DETEFP/MTS, 2002. ISBN 972-8399-11-1.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. **Autoridade para as Condições do Trabalho**. [Em linha]. Lisboa: MTSS, 2006. [Consult. Em Abr 2007]. Disponível na internet: <[URL:http://www.act.gov.pt/QuemSomos.aspx](http://www.act.gov.pt/QuemSomos.aspx)>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL - **Acidentes de trabalho 2006**. [Em linha] Colecção Estatísticas. Lisboa: GEP, 2008. [Consult. Fev 2009]. Disponível na internet:<[URL:http://www.gep.mtss.gov.pt](http://www.gep.mtss.gov.pt)>.

- PORTUGAL. MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL- Portal do trabalho e da solidariedade social. [em linha]. Lisboa: MTSS. [Consul. Mai 2010]. Disponível na internet: [URL:http://www.mtss.gov.pt/](http://www.mtss.gov.pt/).
- PRATA, F. - **Terapia sistémica de casal... respigando ideias e experiências**. Coleção sistemas, famílias e terapias. Lisboa: Climepsi, 2008. ISBN 972-796-125-8.
- PREDEBON, J. *et al* - **Como envelhecer de forma saudável? Considerações sobre as tarefas desenvolvimentais da velhice**. [Em linha]. Guaíba: ULBRA, 2007. [Consultado em Mar, 2008]. Disponível na internet em: URL<<http://www.uaiba.ulbra.tche.br/pesquisas/2007/artigos/psicologia/198.pdf>>.

Q

- QUARESMA, M *et al* - **O sentido das idades da vida, interrogar a solidão e a dependência**. Lisboa: CESDET, 2004. ISBN 972-8308-06-X.
- QUEIROZ, N; NERI, A. - Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. ISSN 0102-7972. Vol. 18, n.º 2(2005), pp.292-299

R

- RAFUSE, J. - Men's attitudes about seeking healthcare may put them at risk. [Em linha]. **Canadian Medical Association Journal**. Vol. 149, n.º3 (1993), p. 329-330. [Consul. 2 Mar 2008]. Disponível na internet: <URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1485516/pdf/cmaj00271-0083.pdf>>. ISSN 1488-2329.
- RELVAS, A. - **O ciclo vital da família: perspectiva sistémica**. 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento, 2000. ISBN 972-36-0413-2 .
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 82/2007. «**D.R. I série**».119(22.06.07). P. 3949- 3987. [Publica o III Plano Nacional para a Igualdade, Cidadania e Género 2007-2010].
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS N.º 59/2008. «**D.R. I série**». 64(01.04.08). p. 1984-1995. [Publica o Estratégia Nacional para a Segurança e Saúde no Trabalho 2008-2012.]
- RIBEIRO, M. - Casais de meia-idade: estudos com casais portugueses numa perspectiva sistémica. **Psicologia**. ISSN 0101-9074. Vol.19, no.1-2 (2005), p.57-85.
- RICHARDS, L; MORSE, J. - **User's guide to qualitative methods**. 2ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007. ISBN 1-4129-2743-9.
- RODRIGUES, C; TERRA, L. - **Gerontologia social para leigos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. ISBN 8574306002
- ROGERS, B. - **Enfermagem no trabalho**. Loures: Lusociência, 1997. ISBN 972-8383-03-7.

- ROSENKOETTER, M; GARRIS, J. - Psychosocial changes following retirement. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol. 27, n.º 5 (1998). p. 966-76.

S

- SALVADOR-CARULLA, L. *et al* - **Longevidad: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida**. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004. ISBN 84-7903-884-5.
- SÁNCHEZ MARTÍNEZ, M; DÍAZ, C. - Los programas intergeneracionales. *in* Pinazo Hernández, S; Sánchez Martínez, M. - **Gerontología: actualización, innovación y propuestas**. Madrid. Pearson Educación, 2005. pp. 232-246. ISBN 84-329-1156-9.
- SANTOS, B. S. - **Um discurso sobre as ciências**. 4ª ed. Porto: Edições Afontamento, 1990. ISBN 989-8031-03-7.
- SANTOS, B. S. - **Introdução a uma ciência pós-moderna**. Biblioteca das ciências do homem. 2ª ed. Porto: Edições Afontamento, 1990. ISBN 972-36-0207-5.
- SANTOS, B; ANTUNES, D. - Vida adulta, processos motivacionais e diversidade. **Revista Brasileira de Educação**. ISSN 1413-2478. Vol. 61, n.º1(2007). p. 149-164.
- SARACENO, C. - **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1997. ISBN 972- 8383-05-3.
- SAWA, R. - **Family health care**. Califórnia: SAGE Publications, 1992. ISBN 0803947488.
- SCHIFFERLE, T. - Aposentadoria e grupos de reflexão. *In* Negreiros, T. - **A nova velhice: uma visão multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. ISBN 9788537200611.
- SCHIMKE, R. *et al* - Over replication and recombination of DNA in higher eukariotes: potential consequences and biological implications. **Proceedings of National Academic Science**. N.º 83(1986), p. 2157-2161.
- SCHLOSSBERG, N. - A model for analyzing human adaptation to transition. **The Counselling Psychology**.. Vol 9, n.º 2 (1981), p 2-18.
- SCHLOSSBERG, N. *et al* - **Counselling adults in transitions**. New York: Sringer Publishing Company, 1995. ISBN 0.8261-4231-1.
- SCHLOSSBERG, N. - **Retire smart, retire happy: finding your true path in life**. Washington: American Psychological Association, 2004. ISBN 978-1591470397.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A - Transitions: a central concept in nursing. **Journal of Nursing Scholarship**. ISSN 0962 1067 . Vol. 26, n.º2(1994), p. 119-127.
- SCHUMACHER, K.; MELEIS, A - Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. *In* SWANSON, E.; TRIPP-REIMER, T. (ed.) **Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals**. New York: Springer Publishing Company, 1999. ISBN 0-8261-9112-6
- SERRA, A. V. - Que significa envelhecer?. *In* FIRMINO, H *et al* . **Psicogeriatría**. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN 989-20-0314-4. p.21-33.
- SHARON, D. - **Family health: a framework for nursing**. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2003. ISBN 0-8036-09444-2.

- SIQUEIRA, M. - Teorias sociológicas do envelhecimento. *In* FREITAS, E. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ISBN 85 7288 534X. p. 123-132
- SMITH, G. *et al* - **Strengthening aging families: diversity in practice and policy**. Califórnia: SAGE, 1995. ISBN 0-8039-5425-5.
- SMITH, D; MOEN, P. - Retirement satisfaction for retirees and their spouses. **Journal of Family Issues**. ISSN 0192-513X. Vol. 25, n.º2 (2004), p. 262-285
- SMILKSTEIN, G. - The family APGAR: A proposal for a family function test and it's used by physicians. **Journal of Family Practice**. ISSN 1528-8358 . Vol. 6. (1978), p. 12-31.
- SOLINGE, H.; HENKENS, K. - Couples' adjustment to retirement: a multi-actor panel study. **The Journals of Gerontology**. 5014Series B. ISSN 10795014. Vol. 60, n.º 1(2005), p. S11-20
- SOUSA, L; FIGUEIREDO, D; CERQUEIRA, M. - **Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice**. 2ª ed. Porto: Âmbar, 2006. ISBN 972-43-0861-8.
- SOUZA, R. - Anatomia do envelhecimento. *In* SOUZA, R *et al.* **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. ISBN 8573799099. p. 35-43.
- SPIRDUSO, W. - **Dimensões Físicas do Envelhecimento**. São Paulo: Mamole, 2005. ISBN 9788520413418.
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - **Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3.
- STANHOPE, M. - Teorias e desenvolvimento familiar. *in* STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3. p. 491-519
- STRAWBRIDGE, W., WALLHAGEN, M.; COHEN, R. - Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. **The Gerontologist**. ISSN 00169013. Vol 42, n.º 6 (2002). p. 727-733.
- SUSSMAN, M; GILGUN, J. - **The methods and methodologies of qualitative family research**. New York: The Haworth Press, 1996. ISBN 0-7890-0015-6..
- SZINOVACZ, M; SCHAFFER, A. - Effects of retirement on marital conflict tactics. **Journal of Family Issues**. ISSN 0192-513X. Vol. 21, n.º 3 (2000), p. 367-389

T

- TEIXEIRA, I; NERI, A. - Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia**. USP. ISSN 0103-6564. Vol. 19, n.º1(2008), p. 81-94
- TORRES, A. - **Vida conjugal e trabalho : uma perspectiva sociológica**. Oeiras: Celta Editora, 2004. ISBN 972-774-206-8.

- TORRES, A. *et al* - **Homens e mulheres entre família e trabalho**. Comissão para a igualdade no trabalho e no emprego. Estudos n.º 10. 2ª ed. Lisboa: DGEEP.CID, 2005. ISBN 972-704-237-6.

U

- UNIÃO EUROPEIA - **Envelhecer com saúde: um desafio para a Europa**. Project Healthy Ageing (Portuguese version). Sweden: Swedish National Institute of Public Health, 2007. ISBN 0102-311X.
- UNIÃO EUROPEIA - **Relatório sobre a igualdade entre homens e mulheres – 2008**. [em linha]. Bruxelas: UE, 2008. [Consult. 6 Fev. 2009] Disponível na internet: [URL:<http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c10167_pt.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c10167_pt.htm).

V

- VANDENPLAS-HOLPER, C. - **Desenvolvimento psicológico na idade adulta e na velhice**. Porto: Edições ASA, 2000. ISBN 972-41-2157-7.
- VAUGHAN-COLE, B *et al* - **Family nursing practice**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1998. ISBN 978-989-96103-2-3.
- VAZ, E; SILVA, B; SOUSA, I - Configurações de vida na velhice. *ANTROPOlógicas*. ISSN 0873-819X. Porto: UFP, 2003. Vol. 7. p.181-209.
- VINTÉM, J. - Inquéritos nacionais de saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno do questão de género e da escolaridade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. ISSN 0870-9025. Vol. 26, n.º2 (2008), p.5-16.
- VERISSIMO, M. - Exercício físico e envelhecimento. *In* PINTO *et al* - **Envelhecer vivendo**. Coleção Saúde e Sociedade, n.º 8. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-56-2. p.123-141.
- VERISSIMO, M. - Actividade física e envelhecimento. *in* FIRMINO, H. *et al*. **Psiquiatria Clínica**. Coimbra: Almedina, 2006. ISBN ISBN 989-20-0314-4. p. 83-94.
- VERISSIMO, M. - **Aulas de anatomo-fisiologia do envelhecimento**. Faculdade de Medicina de Coimbra. HUC, 2008..

W

- WALSH, F. - **Normal family processes**. 3ª ed. New York: The Guilford Press, 2003. ISBN 007232287X.
- WHO. World Health Organization - **The Vienna International Plan of Action on Aging adopted by the World Assembly on Aging (Vienna, 1982)**. New York: United Nations (Division for Economic Social Information/DPI for the Centre for Social Development

- Humanitarian Affairs/DIESA, 1983. [Consult. 9 Jan 2007]. Disponível na internet: <URL: http://whqlibdoc.who.int/euro/pre-wholis/IRP_HEE_116-01.pdf>.
- WHO. World Health Organization - **Health Promotion Glossary**. Geneva: World Health Organization, 1998. [Consult. 9 Jan 2007]. Disponível na internet :<URL: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf>.
 - WHO. World Health Organization. **The Madrid International Plan of Action on Aging adopted by the World 2nd Assembly on Aging (Madrid, 2002)**. New York: United Nations (Division for Economic Social Information/DPI for the Centre for Social Development Humanitarian Affairs/DIESA. [Consult. 9 Jan 2007]. Disponível na internet: <URL: <http://www.silverinnings.com/docs/Madrid%20International%20Plan%20Implementation%20and%20Followup.pdf>>.
 - WHO/NMH/NPH. **Active ageing: a policy framework**. Geneva: World Health Organization, 2002. [Consult. 6 Mai 2007]. Disponível na internet: URL:< http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf>.
 - WHO. World Health Organization. **Towards age-friendly primary health care**. Geneva: World Health Organization, 2004. [Consult. 6 Mai 2007]. Disponível na internet: URL:<http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_CHP_HPR_04.02.pdf>.
 - WHO. World Health Organization. **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2007. [Consult. 6 Mai 2007]. Disponível na internet:URL:<http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf>.
 - WORLD DRINK TRENDS. **World Drink Trends 2005**. [S.L.]:Institute of alcohol studies, 2006. [Consult. 2 Julho 2007]. Disponível na internet:URL:<<http://www.ias.org.uk/index.html>>.
 - WYKLE, M.; WHITEHOUSE, P; MORRIS, D. - **Successful aging through the life span: intergenerational issues in health**. New York: Springer Publishing Company, 2005. ISBN 978-0826125644.
 - WRIGHT, L.; LEAHEY, M. - **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 4ª ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005. ISBN13:978-0-8036-1211-2.

X

Y

- YIN, R. - **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman. Educa, 2005. ISBN 8536304626

Z

- ZAL, H. - **A geração sanduíche: entre filhos adolescentes e pais idosos**. Lisboa: Difusão Cultural, 1993. ISBN 972-709-168-7.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

(1ª Fase)

QUESTIONÁRIO

O presente questionário destina-se a inquirir indivíduos que se encontram em situação de reforma, há menos de 5 anos. O seu preenchimento é **confidencial** e tem por objectivos: *Caracterizar as vivências e as estratégias adoptadas, pelo inquirido, no período subsequente à passagem para a reforma e Descrever os efeitos que, esse mesmo período, exerceu no seu estado de saúde.*

Respondendo, de forma sincera a todas as questões que lhe forem apresentadas, estará a prestar um excelente contributo num estudo de doutoramento que tem por finalidade *Melhorar a intervenção dos profissionais de saúde em indivíduos e famílias que futuramente irão vivenciar esta fase do ciclo vital.*

Se tiver dúvidas no preenchimento, pode utilizar os seguintes contactos:

- Telemóvel - 962363720
- E-mail - hloureiro@ua.pt.

Depois de verificar seu completo preenchimento, insira-o no envelope *RSF* e coloque-o no marco do correio nacional. Não necessita de selo. Agradeço que este envio não ultrapasse o período de uma semana (após a data do recebimento do questionário), sob pena de não poder vir a contar com a sua importante opinião neste estudo.

Caso esteja interessado em saber os resultados finais deste estudo (previsão Janeiro 2009), deixe o seu contacto no final desta página.

Obrigada pela sua colaboração!

Declaro que fui informado(a) sobre os objectivos deste estudo e que é de minha livre vontade efectuar o preenchimento do questionário que a seguir me é apresentado.

Assinatura do inquirido(a)

Contacto para aceder aos resultados finais deste estudo (*Preenchimento facultativo*):

Local de entrega do questionário

Este questionário foi-lhe entregue...

- no seu Centro de Saúde? Sim Não

Centro de Saúde onde se encontra inscrito _____

N.º de utente _____

Preenchimento facultativo

- por um inquirido, também, reformado? Sim Não

A – Caracterização do Inquirido

1. Idade _____

2. Sexo (*assinale com X*)

Feminino

Masculino

3. Estado civil (*assinale com X*)

Estado Civil	(X)
Solteiro(a)	<input type="checkbox"/>
Casado(a)/União de facto	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a)/Separado(a)	<input type="checkbox"/>
Viúvo(a)	<input type="checkbox"/>

4. Habilitações literárias (*assinale com X*)

Grau de Escolaridade	(X)
Sem escolaridade	<input type="checkbox"/>
1 a 4 anos de escolaridade	<input type="checkbox"/>
5 a 9 anos de escolaridade	<input type="checkbox"/>
Mais de 9 anos de escolaridade	<input type="checkbox"/>
▪ s/ ensino superior	<input type="checkbox"/>
▪ c/ ensino superior	<input type="checkbox"/>

B – Caracterização do período de exercício profissional

1. A função e o tempo de exercício no último local onde esteve empregado(a) (escreva por extenso)

Função exercida	Tempo de exercício (nº anos)

2. Na última instituição onde esteve empregado(a), existiam e/ou frequentava algumas das actividades a seguir indicadas? (assinale com X)

Actividades desenvolvidas no local de trabalho	Existiam as actividades?		Frequentava as actividades?	
	Sim	Não	Sim	Não
Consultas de vigilância de saúde				
Formação em serviço <i>(ex. uso de material de protecção, novas formas de trabalho, ...)</i>				
Formação em saúde <i>(ex. cuidados alimentares, tabagismo, alcoolismo, prevenção do cancro,...)</i>				
Prática desportiva <i>(ex. ginástica, futebol, pesca, ...)</i>				
Outras actividades desenvolvidas no seu local de trabalho <i>(por favor, especifique)</i>				
▪				
▪				

3. Fora da instituição onde esteve empregado(a), realizava algumas das actividades a seguir indicadas? (assinale com X)

Actividades desenvolvidas fora do local de trabalho	Realizava as actividades?	
	Sim	Não
Desporto		
Coleccionismo		
Voluntariado		
Teatro		
Agricultura e/ou jardinagem		
Bricolage e/ou actividades de perícia manual		
Outras actividades por si desenvolvidas fora do seu local de trabalho <i>(por favor, especifique)</i>		
▪		
▪		

4. No final do seu exercício profissional, em que medida é que se encontrava satisfeito(a) com... (assinale com X)

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
...o seu emprego				
...a perspectiva da entrada na reforma				

C – Caracterização do momento de passagem à reforma

1. Quando é que se reformou? (escreva numericamente)

Mês	Ano

2. Qual foi o motivo da sua passagem à reforma? (assinale com X a opção mais correcta e caracterize-a)

(X)	Motivo	Caracterização
	Idade limite	Qual o n.º de anos de trabalho?
	Estado de saúde	Qual o diagnóstico clínico?
	Por outro motivo	Qual foi o motivo?

D – Caracterização das vivências e estratégias utilizadas nos primeiros meses após a entrada na reforma

1. Nos primeiros meses de entrada na reforma, sentiu alterações e/ou dificuldades significativas na forma como passou a viver os seus dias? (assinale com X a opção que melhor o(a) caracteriza e, em caso afirmativo, responda à questão 1.1)

(X)	Senti alterações e/ou dificuldades
	Não
	Sim

(Responda à questão 1.1)



1.1. Por ordem de relevância, refira quais as principais alterações e/ou dificuldades que sentiu e quais foram as estratégias que utilizou para lidar com essas mesmas alterações e/ou dificuldades?

	Principais alterações e/ou dificuldades	Estratégias utilizadas
1ª		
2ª		

2. Nos primeiros meses de entrada na reforma...

2.1. Sentiu o apoio de alguém ou de alguma instituição, em particular?

(assinale com X a(s) opção(ões) que considera mais significativas)

(X)	Pessoa, Grupo ou Instituição	Especificar o parentesco ou relação	Especificar o tipo de apoio (preenchimento facultativo)
	Família	*	
	Amigos		
	Colegas de trabalho		
	Profissionais de saúde	*	
	Instituição (ex. clube recreativo, junta de freguesia, IPSS, paróquia, ...)	*	
	Outro	*	

*campo de preenchimento obrigatório

2.2. Por comparação com a vida que tinha antes de se ter reformado, como passou a viver os seus dias? (para cada alínea, assinale com X a opção que melhor define a sua resposta)

Passei a ...	Muito pouco	Pouco	Igual	Mais	Muito mais
a) estar mais tempo sozinho(a)					
b) gerir melhor o meu tempo					
c) ter uma vida mais descontraída					
d) dedicar mais tempo aos meus interesses pessoais					
f) cuidar mais do meu aspecto físico exterior					
g) ter mais tempo para reflectir sobre os meus problemas					
h) realizar mais actividades lúdicas					
i) permanecer mais tempo com a família					
j) cuidar mais da minha saúde					
k) conviver mais com meus amigos					
l) descobrir e cultivar novos interesses					
m) colaborar mais em actividades comunitárias					

ANEXO 2
Formalização Institucional
(1ª Fase)

ANEXO 3

Guião de Entrevista

(2ª Fase do Estudo Empírico)

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. INTRODUÇÃO

Recordar os objectivos de estudo, as fases do seu desenvolvimento e a possibilidade de abandono.

Obtenção de consentimento informado.

2. REALIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR (Genograma, Ecomapa, APGAR familiar, Nível Socio-Económico.)

3. ENTREVISTA:

Questão preambula: *Como vivenciaram o período de “entrada na reforma”?*

- *O que é que significava para si o “trabalho”?* (especificamente dirigida ao indivíduo que protagonizou o fenómeno em estudo)

Em função desta perspectiva do vosso familiar:

- *Como perspectivaram a “entrada na reforma”?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo: conhecer a vivência que detinham antes do seu familiar “entrar na reforma”);
- *Como passou a ser a vossa vida após a “entrada na reforma”?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo conhecer a vivência que passaram a deter após seu familiar ter “entrado na reforma”);
- *Como perspectivam a vossa vida no futuro?* (dirigida a todos os elementos da família, esta questão teve por objectivo conhecer a perspectiva que detinham relativamente ao futuro da vivência familiar).

ANEXO 4

Formalização Institucional
(2ª Fase do Estudo Empírico)

ANEXO 5

Declaração de Consentimento Informado
(2ª Fase do Estudo Empírico)

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, a realizar doutoramento no âmbito das Ciências de Saúde, na Universidade de Aveiro, no domínio da «Promoção da saúde no período de “entrada na reforma”»; vem por este meio solicitar a sua participação no desenvolvimento da 2ª fase do estudo que tem por objectivo ***“Conhecer as vivências dos indivíduos e suas famílias no período de “entrada na reforma”***.

A referida participação será efectuada em dois momentos distintos: um primeiro, no qual será submetido(a) a uma entrevista gravada em vídeo e um segundo, no qual será solicitado que valide o teor da transcrição da mesma. Os registos videográficos serão sigilosos (o investigador será o único a ter acesso a eles) e a transcrição das entrevistas será codificada por forma a garantir o seu anonimato. A sua participação neste estudo deverá ser voluntária e, por esse facto, poderá abandonar o mesmo a qualquer momento.

Faz-se ainda saber que, mantendo o anonimato, os resultados finais deste estudo serão alvo de divulgação em eventos e publicações.

Declaro que tomei conhecimento do anteriormente exposto e que é de minha livre vontade participar neste estudo,

Aveiro, ... de.....de 2009

O investigador

O participante

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Categorias, unidades de significado e prevalência das alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos no período subsequente à “entrada na reforma” (1ª FASE)

Categorias	Unidades de significado	Prevalência
Alteração da rotina diária	"sentimento de falta de rotinas" (41,7%)	Género: M (55,6%); F (44,4%)
	"sentimento de menor ritmo de vida" (33,3%)	Idade: \bar{X} =65,4 anos
	"sentimento de falta de horários" (13,9%)	Área profissional: A(30,60%); B(30,60%); C(5,60%); D(16,60%); E(16,60%)
	"sentimento de quebra de hábitos" (11,1%)	
Total = 36 (26,5%)		
Dificuldade em ocupar o tempo	"sentimento de muito tempo livre" (45,0%)	Género: M(55,0%); F(45,0%)
	"sentimento de falta de ocupação" (45,0%)	Idade: \bar{X} =62,6 anos
	"dificuldade em gerir o tempo disponível"(10,0%)	Área profissional: A(10,0%); B(15,0%); C(25,0%); D(30,0%); E(10,0%); G(10,0%)
Total =20 (14,7%)		
Diminuição do poder económico	"redução da entrada de vencimento" (53,6%)	Género: M (31,6%); F (68,4%)
	"dificuldade de gestão financeira" (36,8%)	Idade: \bar{X} =66 anos
	"menor actividade económica" (21,0%)	Área profissional: C(10,5%); I(78,9%); H(5,3%); F(5,3%)
Total =19 (14,0%)		
Solidão	"sentimento de solidão" (66,7%)	Género: M (26,3%); F (72,2%)
	"passar mais tempo só" (33,3%)	Idade: \bar{X} =60,3 anos
		Área profissional: A(5,6%); C(5,6%); D(61,1%); E(27,8%)
Total =18 (13,2%)		
Diminuição da auto-estima	"sentimento de inutilidade"(64,3%)	Género: M (42,9%); F (57,1%)
	"diminuição da auto-estima" (14,3%)	Idade: \bar{X} =64,9anos
	"sentimento de desmotivação"(7,1%)	Área profissional: C(7,1%); D(78,6%); E(7,1%)
	"sentimento de "mais idade""(7,1%)	
	"sensação de "vazio"" (7,1%)	
Total =14 (10,3%)		
Alteração do estado de saúde	Estado depressivo (12,5%)	Género: M (87,5%); F (12,5%)
	Paralisia (12,5%)	Idade: \bar{X} =58,6 anos
	Ortopedia (12,5%)	Área profissional: C(12,5%); E(75,0%); F(12,5%)
	Gastrenterologia (12,5%)	
	Algias (37,5%)	
	"Mal-estar" (12,5%)	
Total =8 (5,9%)		
Saúde	"...do trabalho"(28,6%)	Género: M (14,3%); F (85,7%)
	"...dos colegas"(57,1%)	Idade: \bar{X} =65,1 anos
	"...dos alunos" (14,3%)	Área profissional: A(57,1%); B(28,8%); H (14,3%)
	"...nostalgia daquele tempo (trabalho, colegas, outros" (14,3%)	
Total = 7 (5,1%)		
Isolamento	"...preso..." (33,3%)	Género: M (100,0%); F (0,0%)
	"...isolado..." (33,3%)	Idade: \bar{X} =53,3 anos
	"...enclausurado..." (16,6%)	Área profissional: D(66,7%); E(33,3%)
	"...fechado em casa" (16,6%)	
	Total = 6 (4,4%)	

Categorias	Unidades de significado	Prevalência
Readaptação ao <i>setting</i> lar	"Ambientar em casa" (16,6%)	Género: M (100,0%); F (0,0%)
	"...a minha actividade era de ausência" (16,6%)	Idade: \bar{X} =56,5 anos
	"Estar tanto tempo em casa" (50,0%)	Área profissional: E(33,3%); H(50,0%); I(16,7%)
	"Estorvo em casa" (16,6%)	
	"Não saber o que fazer em casa" (16,6%)	Total = 6 (4,4%)
Adaptação a novos papéis	"Novas tarefas/funções/papeis" (66,7%)	Género: M (66,6%); F (33,4%)
	"Maior envolvimento na família" (50,0%)	Idade: \bar{X} =63,8 anos
		Área profissional: B(16,7%); C(50,0%); D(33,3%)
		Total = 6 (4,4%)
Diminuição de "estímulos"	"...falta de trabalho" (20,0%)	Género: M (60,0%); F (40,0%)
	"...falta de estímulos" (60,0%)	Idade: \bar{X} =56,8 anos
	"...dificuldade em sair" (20,0%)	Área profissional: C(40,0%); D(20,0%); H(40,0%)
		Total = 5 (3,7%)

Legenda:

- A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
- B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- C – Técnicos e profissionais de nível intermédio
- D – Pessoal administrativo e similares
- E – Pessoal dos serviços e vendedores
- F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- G – Operários, artífices e trabalhadores similares
- H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- I – Trabalhadores não qualificados

APÊNDICE 2

Alterações e/ou dificuldades percebidas pelos indivíduos período subsequente à “entrada na reforma” e estratégias utilizadas para fazer face às mesmas em função o género, da idade e da profissão (1ª FASE)

Alterações e/ou Dificuldades	Estratégias	Género	Idade	Profissão
Alteração de rotinas diárias				
(Q41) "...falta de rotinas"	Ir ao café Viajar	M	72	B
(Q67) "senti dificuldade de adaptação a um menor ritmo de vida"	Imposição de disciplina no ritmo diário	F	62	D
(Q73) "Falta de compromisso com horários"	Não menciona	M	56	C
(Q79) "Falta da rotina de dar aulas"	Criar outras rotinas em família (fazer o <i>menage</i> , ler, bordar e fazer camisolas)	F	66	A
(Q80) "Quebra de hábitos de muitos anos..."	"Após os 1 ^{os} meses, que se assemelharam a férias, surgiram as primeiras dificuldades...fui procurando ocupações, algumas de carácter social outras de carácter recreativo por ex: regresso à Academia de Saberes de Aveiro, academia do bacalhau de Aveiro, santa casa da misericórdia de Aveiro, etc.	M	62	A
(Q97) Dificuldade em ultrapassar a rotina	Não menciona	M	68	E
(Q103) Falta de rotinas	Ir ao café ter com os amigos	M	72	B
(Q113) "perdi a rotina diária"	"Todos os dias ia à biblioteca da minha escola"	M	68	B
(Q118) Falta de rotinas	Ir ao café Viajar	M	71	B
(Q126) "senti dificuldade de adaptação a um novo ritmo de vida"	Impus-me um ritmo diário	F	62	D
(Q149) "falta de hábitos"	"procurei ocupações"	F	67	B
(Q169) "tive dificuldade em reorganizar o meu ritmo de vida"	Não menciona	F	63	D
(Q186) "sensação de perda de ritmo"	Não menciona	F	65	A
(Q187) "perdi hábitos"	Não menciona	M	62	A
(Q251) "tive de impor-me um ritmo"	"Impus-me a arranjar e a sair todos os dias, nem que a volta fosse pequena (...) sempre encontrava alguém conhecido"	F	65	D
(Q257) "falta de horários"	"Impus-me regras"	F	65	A
(Q263) "perda de ritmo"	" Às 9h vou tomar o café, regresso com o jornal e depois vou navegar pela Internet"	F	66	A
(Q264) "senti falta das rotinas do dia-a-dia"	"...fui procurando ocupações, algumas de carácter social outras de carácter recreativo".	M	63	B
(Q281) "sem rotina"	Não menciona	M	68	E
(Q289) "...perda de ritmo"	Não menciona	F	67	E
(Q295) "... falta de ritmo"	" Obriguei-me a estabelecer objectivos"	F	66	B
(Q301) "sem saber o que fazer, porque não tinha horários a cumprir"	Faço a lida da casa e dedico-me à jardinagem	F	65	A
(Q302) "falta-me ritmo"	"o meu marido está sempre a picar-me"	M	62	C
(Q319) "sentia falta do despertador e de toda a rotina do dia"	Passei a por o despertador	M	65	E
(Q323) "sem rotinas"	Vou buscar o pão logo pela manhã	M	62	B
(Q340) "sem ritmo"	Não menciona	M	68	D
(Q356) "senti falta do stress da rotina"	"Obriguei-me a sair"	M	71	B
(Q361) "perdi o ritmo da rotina"	"...fiz um horário semanal"	M	69	B
(Q365) "por vezes fico parada, sem rotinas"	Sento-me a ler, prefiro do que ir para o café falar dos outros	F	66	B
(Q366) "O que fazer sem horários?"	Vou indo ao meu sabor..."	M	62	A
(Q383) "falta de horários"	Não menciona	M	67	E
(Q400) "senti falta dos hábitos do dia-a-dia"	Sair	F	59	D
(Q406) "senti falta de ritmo"	Não menciona	F	67	A
(Q412) "sem rotinas"	"Tentei criar novas rotinas (ex. ir ao ginásio todos os dias)"	F	66	A
(Q413) "perdi o ritmo que tinha!"	Não menciona	M	62	A
(Q432) "sem rotinas, sinto-me perdido!"	Não menciona	M	68	E
				Total – 36

Alterações e/ou Dificuldades	Estratégias	Género	Idade	Profissão
Dificuldade em ocupar o tempo				
(Q62) "...fiquei com muito tempo livre"	Inscrição numa "escola de bondades"	F	54	A
(Q76) "dificuldade de preenchimento do tempo"	Leitura e acompanhamento dos familiares/amigos idosos	M	67	C
(Q78) "...muito tempo disponível"	"Cuidar da minha saúde"	F	62	D
(Q82) "sinto dificuldade em gerir o tempo disponível"	"Faço renda, pinto e organizo as tarefas diárias"	F	44	E
(Q93) "Dificuldade em ocupar o tempo"	Actividades domésticas	F	55	G
(Q97) "Dificuldade em ocupar o tempo livre"	Não menciona	M	68	E
(Q99) "Muito tempo disponível"	Trabalhar no jardim e casa Ver televisão	M	64	D
(Q129) "não sei como ocupar o tempo"	Ginásio	F	55	G
(Q137) "tempo disponível"	Não menciona	M	66	D
(Q153) "tempo por ocupar"	Não perceptível	M	68	D
(Q164) "passo o tempo a olhar para o relógio"	Ocupei-me o mais possível	F	66	D
(Q246) "tempo excessivo"	Estabeleci um horário semanal para cumprir	M	66	C
(Q248) "o que hei-de fazer com o tempo"	Não menciona	M	67	C
(Q315) "tempo por ocupar"	Fui para uma associação	F	63	B
(Q336) "Não sei o que fazer"	Não perceptível	M	55	D
(Q379) "passo sem saber o que fazer ao tempo"	Não perceptível	M	66	C
(Q385) "muito tempo disponível"	"Procurei ocupar-me mais"	F	68	A
(Q395) "não sei o que fazer (tempo a mais)"	Não menciona	M	69	C
(Q427) "tempo disponível"	Não menciona	M	62	B
(Q432) "não sabia o que fazer ao tempo"	Inscrevi-me num ginásio	F	66	B
Total – 20				
Diminuição do poder económico				
(Q3) "...redução da entrada de vencimento e ter 3 filhos a estudar, a mais velha no ensino superior"	Não perceptível	M	61	C
(Q12) "sinto dificuldades financeiras porque ainda tenho uma filha a estudar"	Poupar e aproveitar	F	67	I
(Q21) "Passei a ganhar menos"	Poupar mais e aproveitar mais	M	68	I
(Q94) "...tenho mais dificuldades monetárias"	Tive ajuda dos familiares	F	66	I
(Q105) "sinto perda de poder económico"	Não perceptível	F	67	I
(Q148) "Passei a receber menos"	Aproveitar mais	M	67	I
(Q171) "não tenho tanto dinheiro para o que quero"	Poupar e aproveitar	F	66	I
(Q180) "o meu ordenado diminuiu"	Compro o essencial	M	67	I
(Q202) "passei a ter dificuldades de dinheiro"	Tive ajuda dos meus filhos	F	66	H
(Q205) "a diminuição do ordenado limita-me"	Poupar	M	63	C
(Q214) "sinto algumas limitações financeiras"	Poupar e aproveitar	F	69	I
(Q223) "sinto que já não posso comprar como comprava"	Poupar mais e aproveitar mais	M	67	I
(Q278) "agora compro menos"	Poupar	F	67	I
(Q316) "com os meus filhos a estudar, o meu ordenado passou a ser pequeno"	Reaproveitar	F	64	I
(Q337) "o meu rendimento diminuiu"	Adiar a compra	F	67	F
(Q348) "já não invisto porque tenho menos dinheiro"	Poupar e aproveitar	F	70	I
(Q380) "já não compro o que comprava"	Poupar	F	65	I
(Q391) "sinto que tenho menos dinheiro"	Poupar e aproveitar	F	63	I
(Q427) "passei a poupar mais, (...) porque tenho menos dinheiro"	Poupar e aproveitar mais	F	65	I
Total – 19				

Alterações e/ou Dificuldades	Estratégias	Género	Idade	Profissão
Solidão				
(Q42) "Sinto-me só"	Vou tentar fazer voluntariado	F	62	C
(Q50) "Passo mais tempo sozinha"	Convívio com vizinhos	F	68	A
(Q61) Solidão	Comprei senhas de autocarro e vou por aí à descoberta da cidade	F	62	D
(Q78) "mais tempo só"	"já me habituei.."	M	62	D
(Q82) Solidão	Ir às compras, Ver televisão	F	44	E
(Q145) "passo mais tempo sozinha"	Vou passear	F	55	E
(Q146) Solidão	Ir às compras Ver televisão	F	46	E
(Q152) "passo mais tempo só"	Vou a excursões	F	62	D
(Q185) "...só..."	Procurar companhia	M	66	D
(Q245) "sozinho..."	Não menciona	M	62	D
(Q262)..."Sozinha"	Saio	F	62	D
(Q266) "sinto-me só"	Não menciona	M	59	E
(Q300) "pareço um icebergue"	Televisão	F	62	D
(Q364) "só"	Procurar companhia	F	64	D
(Q393) "a maior parte do tempo, passo só"	Tentar encontrar companhia	F	62	D
(Q394) "a grande diferença é que passei a estar mais tempo só"	Não menciona	F	62	D
(Q411) "sozinho"	Procurar companhia	F	62	D
(Q415) "solidão"	Conversar com amigos	M	64	E
Total -18				
Diminuição da auto-estima				
(Q67) "...sensação de vazio"	Participação em acções comunitárias "A actividade organizada pelo Centro de saúde de Gouveia "Viver com saúde e sabedoria" foi uma boa alternativa (vários temas e vários oradores)."	F	62	D
(Q89) "...senti uma diminuição da auto-estima"	"Fui gerindo a situação: lendo, viajando, estando com a família e outros <i>hobbies</i> "	M	65	D
(Q126) "...sinto-me improdutivo"	Não menciona	F	66	D
(Q147) " inútil"	Não menciona	M	67	D
(Q169) "...sensação de inutilidade"	"Ajudo a minha filha com os meus netos"	F	63	D
(Q197) "sem motivação para o que fosse"	"...arranjei um grupo de amigas e passei a ir ao lanchar 2x/semana"	F	67	D
(Q251) "parece que deixei de contribuir..."	Não menciona	F	62	E
(Q273) "nem me apetecia arranjar"	Vou a casa da minha vizinha	M	67	D
(Q289) "...como poderia ajudar"	Passei a frequentar mais a paróquia	F	62	D
(Q311) "...senti-me mais velha..."	Todas as sextas feiras, vou ao cabeleireiro	F	65	C
(Q332) " senti-me inútil"	Vai ao café	M	67	D
(Q375) "...para que, se já não sou preciso!..."	Não menciona	M	65	D
(Q400) "parece que fui posta de parte"	Procurei colaborar de alguma forma	F	63	C
(Q422) "senti que deixei de ter importância"	Não menciona	M	67	D
Total - 14				

Alterações e/ou Dificuldades	Estratégias	Género	Idade	Profissão
Alteração do estado de saúde				
(Q48) "Sinto-me depressiva"	"Realizo consulta em psicólogo e psiquiatra"	F	56	C
(Q65) "...paralisia facial"	Fisioterapia	M	56	E
(Q156) "dores"	Não menciona	M	57	E
(Q167) "artroses"	Está a fazer vigilância	M	60	E
(Q249) "dores"	Ortopedia	M	61	F
(Q266) "sinto-me sem apetite"	Não menciona	M	59	E
(Q287) "mal estar"	Não menciona	M	64	E
(Q398) "dores no corpo"	Não menciona	M	56	E
Total - 8				
Saudade				
(Q44) "afastamento do local e dos colegas de trabalho"	Convívio com os colegas de trabalho, sempre que possível	M	62	H
(Q79) Falta de contacto com os alunos e com os colegas	"...comunicar com colegas pela net" Continuar a frequentar a escola integrada no clube multimédia, frequentar os eventos da escola Fazer visitas de estudo	F	66	A
(Q186) "...sinto saudade do tempo em que trabalhava"	Não menciona	F	64	A
(Q263) "tenho uma certa nostalgia daquele tempo"	"já não tenho coragem de ir ao local de trabalho porque parece que já não conheço ninguém, nem ninguém me conhece a mim"	F	68	A
(Q301) "sinto saudades das minhas colegas"	Não menciona	F	67	B
(Q365) "sinto falta de algumas colegas"	"quando posso vou ter com elas"	F	65	A
(Q412) "tenho saudades"	Não menciona	F	64	B
Total - 7				
Adaptação a novos papéis				
(Q48) "...adaptação a novas tarefas	(cuidar da mãe e sogra)	F	56	C
(Q183) "tenho novas funções"	Ajudo a minha filha	F	62	D
(Q395) "tenho um novo papel..."	Cuido dos netos	M	67	C
(Q409) "agora tenho outro papel na família"	Passsei a colaborar na gestão caseira	M	64	D
(Q426) "sinto que a família espera mais de mim em termos de colaboração"	Intervenho mais nas tarefas	M	66	C
(Q430) "sinto-me mais envolvido na dinâmica familiar"	Ajudo a tomar conta dos netos	M	68	B
Total - 6				
Isolamento				
(Q1) "...passei a sentir-me preso"	Não menciona	M	52	D
(Q101) "...sentir-me isolado"	Não menciona	M	53	D
(Q144) "passei a estar mais isolado"	Não menciona	M	54	E
(Q203) "sentia-me enclausurado"	Não perceptível	M	52	D
(Q344) "Senti que estava preso"	Procurei os meus amigos do passado.	M	54	D
(Q387) "passava os dias fechado em casa"	Não menciona	M	55	E
Total - 6				

Alterações e/ou Dificuldades	Estratégias	Género	Idade	Profissão
Readaptação ao setting "lar"				
(Q7) "...ambientarmo-nos e estarmos tanto tempo em casa"	Procurar ter mais em que ocupar o tempo	M	57	E
(Q38) "Estar sempre em casa quando a minha actividade era de alguma ausência"	Procurar alguns convívios	M	52	H
(Q107) "... foi difícil passar a estar tanto tempo em casa"	Não menciona	M	62	H
(Q209) "...quando trabalhava, desejava estar em casa mas agora era de mais"	Procurava actividades	M	57	E
(Q240) "...não sabia o que fazer em casa"	Tentava encontrar os amigos	M	55	I
(Q350) "sentia-me um estorvo em casa"	la ao centro da vila	M	56	H
				Total – 6
Diminuição de "estímulos"				
(Q38) "Sinto falta de trabalho"	Fazendo bricolage	M	52	H
(Q42) "Sinto falta de estímulos"	Passar mais tempo com o marido	F	62	C
(Q47) "Sinto dificuldade em sair de casa, pela manhã"	Continuei a ir à minha escola na hora do intervalo	F	61	C
(Q240) " de manhã penso sempre, para que é que me vou levantar"	Não menciona	M	56	D
(Q350) "nada me estimula"	Não menciona	M	53	H
				Total – 5

Legenda:

- A – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas
- B – Especialistas das profissões intelectuais e científicas
- C – Técnicos e profissionais de nível intermédio
- D – Pessoal administrativo e similares
- E – Pessoal dos serviços e vendedores
- F – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
- G – Operários, artífices e trabalhadores similares
- H – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
- I – Trabalhadores não qualificados