

REforma

ATIVA estudo de um programa promotor
de um envelhecimento saudável



Construção de um programa promotor do envelhecimento ativo: o protótipo do programa REATIVA

Construction of an active aging promoter
program: the prototype of the program REATIVA

Helena Loureiro (IP)

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PROMOTOR DO ENVELHECIMENTO ATIVO: O PROTÓTIPO DO PROGRAMA REATIVA

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DO CADERNO

Investigador Principal, Helena Maria Almeida Macedo Loureiro

EQUIPA DE INVESTIGAÇÃO / AUTORES

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro
Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes
Ana Alexandre Fernandes
Ana Paula Forte Camarneiro
António Manuel Godinho Fonseca
Manuel Teixeira Veríssimo
Maria Madalena Carvalho
Margarida Alexandra Moreira da Silva
Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Ana Teresa Martins Pedreiro
Margareth Ângelo

EDIÇÃO

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

ISBN

978-989-98909-9-2

COPYRIGHT

© 2015 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

REVISÃO FINAL

Cristina Louçano, *Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês*
Daniela Cardoso, *RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola de Enfermagem de Coimbra*

REVISÃO DOCUMENTAL

Serviço de Documentação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem*

ANO DE PUBLICAÇÃO 2015

É divulgação científica do projeto *Reforma ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável*, integrado na rede de estudos associados do Grupo 2 (Bem-Estar, Saúde e Doença) da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E).

COMO SE CITA (Normas APA 6ª edição)

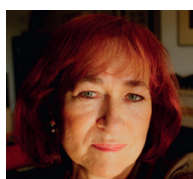
Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Silva, M., Fonseca, A., Carvalho, M., ... Ângelo, M. (2015). *Construção de um programa promotor do envelhecimento ativo: o protótipo do programa REATIVA*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.

AUTORES



Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Doutora em Educação, Mestre em Saúde Ocupacional, Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Coordena o grupo de investigação “Bem-estar, saúde e doença” da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E). A sua atividade científica e pedagógica centra-se na “Saúde Ocupacional” e “Transições de saúde, ajustamento e respostas emocionais associadas”.



Ana Alexandre Fernandes. Professora Catedrática no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade Técnica de Lisboa desde 2010. É doutorada em sociologia, na especialidade de demografia e investigadora no Cesnova/FCSH/UNL, onde coordena um grupo de trabalho e nessa qualidade integra a direção do Centro. O envelhecimento demográfico, a saúde, as migrações e o género são as áreas privilegiadas de investigação. É autora de várias publicações, em livros e revistas, nacionais e internacionais.



Ana Paula Forte Camarneiro. Professora Adjunta na ESEnFC – UCPEPFC; Investigadora na UCISA:E; Doutorada em Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa; Mestre em Psicologia Clínica do Desenvolvimento pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Licenciada em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro do CQA da ESEnFC, desde 2012.



Ana Teresa Martins Pedreiro é doutoranda em Saúde Pública (FMUP), mestre em Educação para a Saúde (ESTeS – Coimbra) e licenciada em Relações Internacionais (FEUC). É bolsista de investigação na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. É autora de diversas publicações em revistas nacionais e internacionais, com fator de impacto.



António Manuel Godinho Fonseca. Licenciado em Psicologia e doutorado em Ciências Biomédicas pela Universidade do Porto. Professor associado de Psicologia, na Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa (FEP-UCP). Director do *Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano*. Membro do *Global Ageing Research Network*. Autor de livros, capítulos de livros e artigos científicos, publicados em Portugal e no estrangeiro, nas seguintes áreas de interesse: Desenvolvimento Psicológico, Psicologia do Envelhecimento, Reforma, Bem-Estar Psicológico, Saúde e Qualidade de Vida.



Helena Maria Almeida Macedo Loureiro. Licenciada em Enfermagem Comunitária (ESEAF), Mestre em Saúde Pública (FMUC) e Doutorada em Ciências da Saúde (UA). Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). Membro da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E). Coordenadora do projeto REATIVA: Active Retirement: study of a healthy ageing promotor program (FCT: PTDC/MHC-SC/4846/2012). A sua atividade científica e pedagógica centra-se na “Metodologia de Investigação em Enfermagem”, “Enfermagem Comunitária”, “Saúde Familiar” e, “Saúde Ocupacional”.



Manuel Teixeira Marques Veríssimo. Licenciado em Medicina pela Universidade de Coimbra em 1980. Doutorado em Medicina na Universidade de Coimbra em 1999. Professor de Geriatria da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Médico Internista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna 2014-2016.



Margareth Ângelo. Licenciada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1977), Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (1982) e Doutorada em Ciências pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (1989). É professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. As áreas de interesse e domínio são enfermagem da família, pesquisa em saúde da família, prática clínica com famílias e métodos qualitativos de pesquisa. Recebeu prêmios e reconhecimento internacional pelo trabalho desenvolvido na área de enfermagem e família no Brasil.



Margarida Alexandra Moreira da Silva. Licenciada em Enfermagem Comunitária (ESEAF) e Mestre em Ciências da Enfermagem (ICBAS). Doutoranda em Ciências da Enfermagem (ICBAS). Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC). A sua atividade científica e pedagógica centra-se na “Enfermagem Comunitária” e na “Enfermagem de Saúde Familiar”.



Maria Madalena dos Santos Torres Veiga de Carvalho. Psicóloga. Doutorada em Psicologia Clínica pela Universidade de Coimbra. Professora da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Terapeuta Familiar e de Casal. Responsável da Consulta de Terapia de Casal e Familiar do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.



Rogério Manuel Clemente Rodrigues é doutorado em Ciências de Enfermagem (ICBAS), Mestre em Saúde Pública (FMUC) e licenciado em Enfermagem (Escola de Enfermagem de Bissaya Barreto). É professor-adjunto na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Investigador principal do projeto intitulado “Os muito idosos: estudo do envelhecimento em Coimbra” (PTDC/CS-SOC/114895/2009).

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Perceção da vivência da passagem à reforma.....	4
<i>Figura 2.</i> Perceção da transição.....	5
<i>Figura 3.</i> Perceção de ganhos, perdas e ambivalências com a passagem à reforma.....	6
<i>Figura 4.</i> Recursos e estratégias de adaptação na passagem à reforma.....	7
<i>Figura 5.</i> Sentimentos percecionados na adaptação à passagem à reforma.....	9
<i>Figura 6.</i> Transições simultâneas na adaptação à passagem à reforma.....	11
<i>Figura 7.</i> Perceção da vivência conjugal na passagem à reforma.....	14
<i>Figura 8.</i> Desenvolvimento do Painel Delphi.....	19
<i>Figura 9.</i> Desenho de implementação do protótipo do Programa REATIVA.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência relativa de registos em função das unidades temáticas resultantes de grupos focais realizados com recém-reformados portugueses.....	12
Tabela 2 - Frequência relativa de registos em função das unidades temáticas resultantes de entrevistas realizadas a casais recém-reformados portugueses.....	17
Tabela 3 - Contributos temáticos para a construção do protótipo.....	18
Tabela 4 - Modelo temático do protótipo do programa REATIVA.....	20
Tabela 5 - Plano de desenvolvimento das sessões do protótipo no CSSMB.....	25
Tabela 6 - SESSÃO 1 - Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital.....	26
Tabela 7 - SESSÃO 2 - Bem-estar e Saúde 1.....	27
Tabela 8 - SESSÃO 3 – Redes de apoio e Saúde.....	28
Tabela 9 - SESSÃO 4 – Gestão Económica.....	29
Tabela 10 - SESSÃO 5 – Bem-estar e saúde 2.....	30
Tabela 11 - SESSÃO 6 – A família na meia-idade e a Conjugalidade.....	30
Tabela 12 - SESSÃO 7 – Família e Parentalidade.....	31
Tabela 13 - SESSÃO 8 – Recursos de Locais de Saúde e Reforma Ativa.....	32
Tabela 14 - Confiabilidade da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, no 1º e 2º momento de avaliação.....	33
Tabela 15 - Confiabilidade da EPFAR, no 1º e 2º momento de avaliação.....	34
Tabela 16 - Evolução da perceção de autoeficácia (GES).....	37
Tabela 17 - Evolução da perceção de posicionamento face à adaptação à reforma (avaliado pela EPFAR).....	44

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - EVIDÊNCIAS PARA A CONTRUÇÃO DO PROTÓTIPO	3
1. A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA EM REFORMADOS PORTUGUESES	4
2. A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA EM CASAIS PORTUGUESES	13
3. SINTESE DAS EVIDÊNCIAS	17
PARTE II – PROTÓTIPO	19
1. CONSTRUÇÃO DO MODELO E DESENHO DE IMPLEMENTAÇÃO	19
2. VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO	21
PARTE III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROTÓTIPO	23
1. OBJETIVOS	23
2. MEIO DE DESENVOLVIMENTO E PARTICIPANTES	23
3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	24
4. DESENVOLVIMENTO	25
5. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA	32
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
SÍNTESE CONCLUSIVA	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	49
Anexo I – Consentimento Informado	50
Anexo II – Escala de Autoeficácia Geral Percecionada	52
Anexo III – Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)	53
Anexo IV – Instrumento de avaliação da Sessão	54

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma resultante da interação contínua e dinâmica verificada entre diversos fatores, cujo desenvolvimento se inicia logo com o nascimento (Spirduso, 2005) e termina com o final da vida. Atingir os 65 anos de idade não constitui, por esse facto, uma condicionante de envelhecimento; colocando-se este patamar apenas como um indicador de que se poderá estar a vivenciar uma mais avançada fase do processo de desenvolvimento humano. E porque este processo se reveste de um carácter único, pela singularidade que adota nos indivíduos (isto é, não existem duas formas iguais de envelhecer), ele pode manifestar-se de diferentes formas nas dimensões biofisiológicas (Veríssimo, 2014), psicológicas (Fonseca, 2005a), sociais (Fernandes 2008; Fernández-Ballesteros, 2004) e ecológicas (Bronfenbrenner, 2002), a si associadas.

Ainda que o referido patamar não seja determinante da apelidada *grande idade*, a verdade é que a proximidade desta fase do ciclo vital continua a ser identificada como um dos indicadores daquela que é uma das transições previsíveis e mais marcantes ocorridas no final da idade adulta: a passagem à reforma (Meleis, 2010).

A *passagem à reforma* é o constructo atribuído ao processo de adaptação à mudança, originada pelo final daquela que era a prática laboral anteriormente exercida e que se dava pelo nome de vida ativa. Ocorrido habitualmente no final da meia-idade, trata-se de um acontecimento de vida transicional (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999) de carácter desenvolvimental (Fonseca, 2011) que se manifesta num sistema de estruturas, interdependentes e dinâmicas, no qual os indivíduos, as famílias, os processos, os contextos e o tempo interagem de uma forma ecológica (Loureiro, 2011).

Trata-se igualmente de um processo que envolve perdas e ganhos, que desencadeia uma ambivalente percepção de sentimentos positivos e negativos e que, decorrente desse facto, se faz acompanhar de um diferenciado grau de stresse, em função da causa e da motivação que estiveram na base da sua ocorrência (Fonseca, 2011; Lanchman, 2001; Loureiro, 2011). Assim ser, se a *passagem à reforma* foi desejada e/ou previamente preparada, a percepção de stresse poderá ser menor do que quando comparado com situações em que este evento se processou de forma inesperada e/ou externa à vontade dos indivíduos que a protagonizam (ex. reforma compulsiva ou reforma antecipada por despedimento). Neste mesmo contexto, importa referir ainda que também o grau de satisfação que tinham relativamente ao trabalho que exerciam e/ou a satisfação com que perspetivavam a *chegada da reforma* poderão exercer influência na forma como se ajustam a esta nova experiência, sendo que são geralmente os mais adaptados e satisfeitos com o trabalho os que menos anseiam pela proximidade deste evento (Fonseca, 2011; Loureiro, 2011).

Em Portugal, a conjuntura socioeconómica e política que nos últimos anos se instalou originou a que uma elevada percentagem de pessoas em idade ativa tomasse a decisão de se aposentar de forma precoce, sem que para tal se tivesse preparado. A vulnerabilidade em saúde decorrente

de uma difícil adaptação a esta transição (Loureiro, Fonseca, & Veríssimo, 2012) bem como a inexistência de programas de promoção da saúde concebidos para o efeito no nosso país, levou à necessidade de estudar este fenómeno e de desenvolver uma intervenção capaz de capacitar os protagonistas desta transição a perceberem autoeficácia neste processo bem como a posicionarem-se de forma favorável a esta adaptação.

O presente documento constitui o descritivo de um dos momentos previstos pelo projeto REATIVA (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]), que tinha por objetivo a construção e o ensaio do protótipo do programa REATIVA.

A redação deste documento encontra-se estruturada em três partes: uma primeira, designada por Evidências para a construção do protótipo, na qual se apresenta uma síntese das evidências conseguidas em pesquisas antecedentes a esta fase do projeto, nomeadamente por ocasião da realização de grupos focais com indivíduos recém-reformados e de entrevistas a casais em que pelo menos um dos cônjuges era recém-reformado; uma segunda, designada por Protótipo, onde se descreve todo o processo de construção bem como o desenho do protótipo baseado na síntese anterior; e uma terceira, designada por Implementação do protótipo, na qual se descrevem os objetivos da implementação do protótipo, a sua estrutura e plano de desenvolvimento, bem como se apresenta e discute os resultados da sua implementação, com respeito às principais variáveis em avaliação.

Termina-se este relatório com Síntese Conclusiva, onde se apresentam as principais conclusões decorrentes da implementação do protótipo e se sistematizam as principais propostas de mudança a introduzir naquele que será o futuro programa REATIVA.

PARTE I - EVIDÊNCIAS PARA A CONTRUÇÃO DO PROTÓTIPO

O principal pilar da construção do protótipo do programa REATIVA foi o acesso à informação sobre a percepção da atual vivência da *passagem à reforma* em Portugal, conseguida pelo discurso de recém-protagonistas desta transição. Contribuíram para tal os dois primeiros estudos conduzidos pelos investigadores do projeto que deu nome a este programa (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]) que denominam os capítulos a seguir apresentados.

Recorda-se que o primeiro estudo, intitulado por *A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses* (Loureiro et al., 2014a), teve como objetivo geral conhecer as percepções dos indivíduos que experienciam um processo de adaptação à reforma, bem como as estratégias adotadas para fazer face à referida transição. Foi realizado com 146 recém-reformados portugueses inscritos em unidades de cuidados de saúde primários da região Centro de Portugal. O segundo, que tomou a designação *A Transição para a Reforma em Casais Portugueses* (Loureiro et al., 2014b), teve por objetivo geral conhecer as percepções dos casais que vivenciam um processo de adaptação à reforma bem como as estratégias adotadas para lhes fazer face. Este foi realizado em 32 casais em que pelo menos um dos cônjuges estivesse aposentado há menos de 5 anos.

A descrição a seguir apresentada teve por base os resultados publicados nos referidos estudos, nomeadamente naqueles que foram os dados estatísticos apurados pela frequência de verbalizações (n.º de registos) constantes nos relatórios de análise qualitativa efetuada em programa Nvivo10®.

Finaliza-se esta parte com a sistematização dos resultados provenientes dos referidos estudos que deram contributos para as temáticas a abordar pelo protótipo do programa REATIVA.

1. A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA EM REFORMADOS PORTUGUESES

Como já defendido por diversos outros autores (Fonseca, 2011; Loureiro, 2011; Meleis, 2011), também este estudo veio reiterar que a *passagem à reforma* é percebida como uma efetiva transição de vida e que a mudança operada por esse processo exige um acrescido esforço adaptativo por parte de todos os envolvidos; sejam eles os indivíduos que protagonizam o processo da aposentação ou os elementos que constituem as suas famílias.

Os discursos dos participantes assim o revelaram, pela frequência de registos encontrados relativamente à percepção da vivência em estudo (34,5%), aos recursos e estratégias de adaptação a que recorreram para lhe fazer face (47,8%), aos sentimentos que acompanharam a referida transição (16,8%) e, ainda, a outras transições simultâneas que na época vivenciaram (0,8%; Figura 1, Tabela 1).

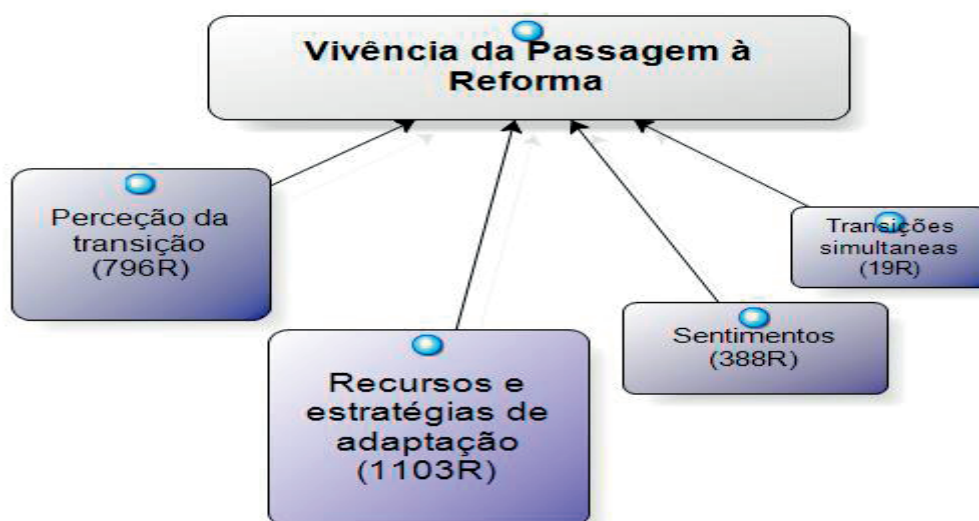


Figura 1. Percepção da vivência da passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

Com respeito à *Percepção da transição*, em si mesma, e ainda que alguns discursos tivessem aludido a que esta tivesse constituído uma continuidade da vida que já anteriormente adotavam (0,4%), foi notória a mudança adaptativa que ocorreu na transição para a reforma percebida pela grande maioria dos participantes (95,0%). Essa mudança evidenciou-se maioritariamente pelos registos de readaptação de vida proferidos (49,6%) que se fizeram notar, particularmente, pela percepção do novo ritmo de vida (65,8%) e de ajustamento familiar (34,2%) que este evento lhes terá imprimido (Figura 2, Tabela 1).

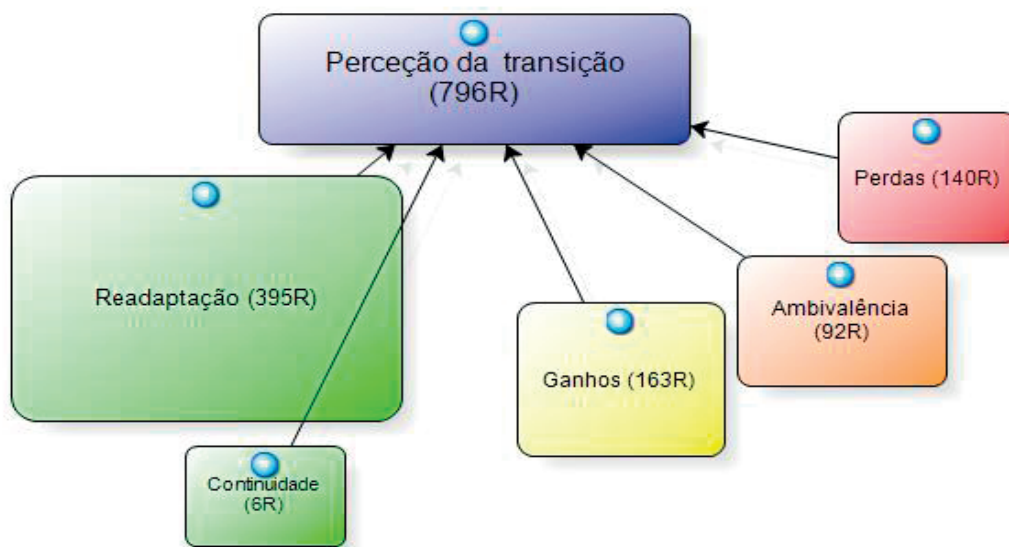


Figura 2. Percepção da transição. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

Todavia essa mudança foi percebida de diferente forma pelos recém-aposentados, tendo essa evidência ficado patente nas distintas atribuições de significados de ganho, de perda e de ambivalência, de ambos, que a vivência da passagem à reforma lhes terá suscitado.

Os ganhos parecem ter imperado (20,5%), dados sobretudo pela qualidade de vida que passaram a perceber (86,5%; Tabela 1). Ainda assim, a percepção de ambivalência (11,6%) e a vasta perfusão de significados de perda (17,6%) encontrados nas narrativas deram a perceber que a transição para a reforma não se revelou totalmente satisfatória para muitos dos recém-aposentados inquiridos (Tabela 1).

Reportando mais especificamente aquelas que foram as perdas percebidas, são de destacar os registos de: perda social (36,4%), muito diretamente relacionada com a perda de *status*, com o isolamento e ausência de redes que passaram a perceber; perda psicoemocional (31,4%), presentes em discursos de natureza depressiva, de desinteresse pela vida e de manifestação de baixa autoestima; perda económica (25,7%), dada por narrativas marcadas pelo contexto socioeconómico e político que imperava na época da realização do estudo; e, ainda de forma menos evidenciada, os registos de perdas biofisiológicas (6,4%), em alguns casos decorrente da evolução do estado de saúde de que já eram detentores em idade ativa e que terá constituído motivo para tomar a decisão de aposentação (Figura 3, Tabela 1).

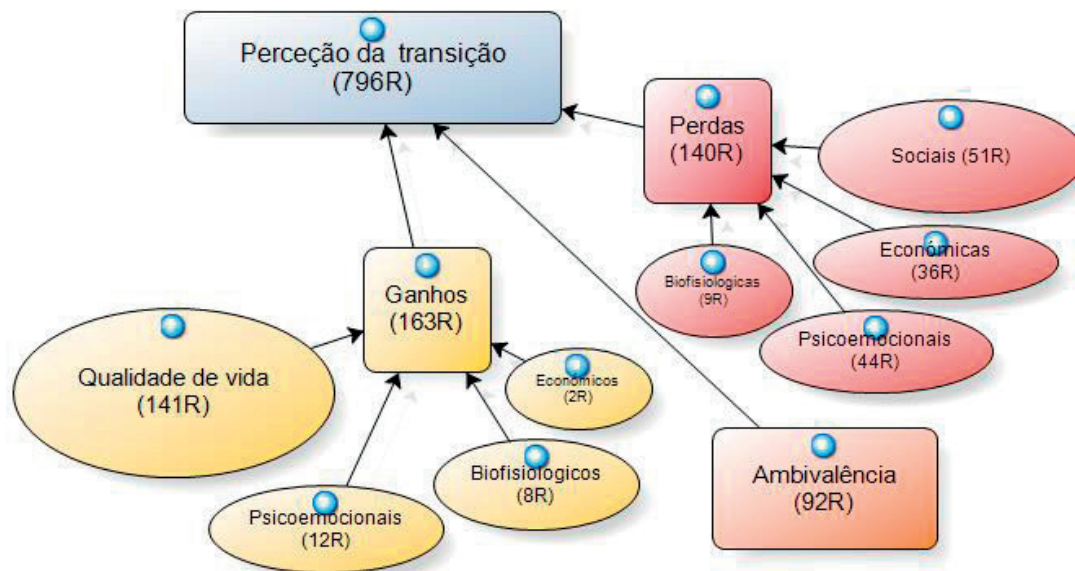


Figura 3. Percepção de ganhos, perdas e ambivalências com a passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

Pelo efeito que parece ter exercido na saúde e bem-estar destes recém-reformados, qualquer um destes registos de perda suscitou a necessidade de um programa de promoção da saúde na passagem à reforma dever incluir intervenções nas mencionadas dimensões, por forma a promover uma transição bem-sucedida em futuros indivíduos que venham a vivenciar este acontecimento de vida (Tabela 3).

Os recursos e estratégias que os recém-aposentados adotaram por forma a adaptarem-se à transição em estudo foram os mais diversos, tendo estes partido de si próprios, das suas famílias de acolhimento e/ou da rede sociocomunitária envolvente. Verificou-se, porém, que os de índole informal (90,8%) se destacaram em relação aos formais (9,2%), denotando a perda social e conseqüente afastamento da rede e recursos da comunidade que já anteriormente tinha sido identificada nos seus discursos (Figura 4, Tabela 1).

Com respeito aos recursos e estratégias informais, os mais proferidos reportaram-se ao sistema familiar (21,5%); tendo os netos (45,1%) e o cônjuge (38,6%) tomado lugares de particular destaque (Tabela 1). A estreita ligação com os netos, para além do apoio psicoemocional que os discursos transpareceram, terá proporcionado um forte incentivo para manter uma certa relação com outros sistemas envolventes bem como uma maior atividade de vida diária (Fonseca, 2011).

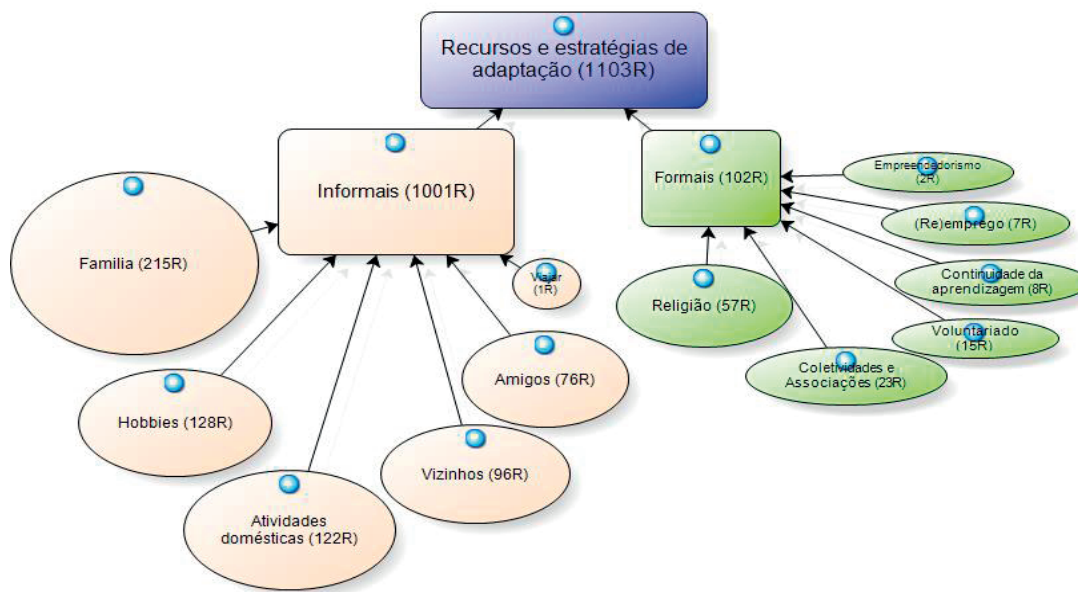


Figura 4. Recursos e estratégias de adaptação na passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

Já relativamente aos cônjuges, verificou-se alguma indefinição no tipo de estratégias e de apoio por estes facultado, razão pela qual numa fase seguinte se passou a estudar a conjugalidade na passagem à reforma, sendo que se remete esta apresentação para o ponto seguinte deste documento (2. A transição para a reforma em casais portugueses).

Com respeito a outros recursos e estratégias de índole informal, foi ainda possível verificar que muitos dos recém-reformados aposentados ocupavam o seu tempo com *hobbies* (12,8%) e com atividades domésticas (12,2%; Tabela 1). A agricultura (40,6%), embora sendo contabilizada nos primeiros, deixou algumas dúvidas em termos de codificação; porque, embora tenha sido preferida como uma atividade de passatempo, foi possível depreender que para muitos constituía simultaneamente uma importante fonte de rendimento doméstico. Seguido da agricultura, o exercício físico (25,8%) foi outro dos *hobbies* mais adotados, não sendo este praticado em instituições formais mas, sim, realizado por iniciativa própria essencialmente pela prática de caminhadas ao ar livre. Seguiram-se a estas a referência a muitos outros *hobbies*, tais como: o visionamento de televisão (8,6%), a prática de artesanato (7,0%), a leitura (5,5%), a informática (3,9%), o colecionismo (3,1%), a pesca (1,6%) e a escrita (0,8%; Tabela 1).

Os vizinhos (9,6%) e os amigos (7,6%) constituíram outros dos recursos e estratégias de adaptação (Tabela 1). Nestes dados, e independentemente dos laços de afetividade atribuídos a ambos, é de salientar o facto da perceção de rede de suporte de apoio se ter constituído em função da proximidade, o que uma vez mais veio reforçar o risco de isolamento social a que os recém-

reformados passam a estar expostos e a imperatividade de um programa de promoção da saúde dever incluir esta temática (Sessão 3/Tabela 3).

Relativamente aos recursos e estratégias formais de adaptação à reforma, a escassez destes registos nos seus discursos veio reiterar o afastamento social a que os recém-reformados portugueses passam a estar expostos (Fonseca 2011; [Loureiro, 2011](#)). Numa análise mais aprofundada das suas narrativas percebeu-se ainda que esse distanciamento seria em parte devido ao desconhecimento da existência de certas estruturas que faziam parte da rede comunitária da região onde viviam, mas também ao facto de se terem acomodado naquelas que eram as suas expectativas de conforto.

Decorrente destas e de outras possíveis perspetivas, a frequência de comunidades religiosas foi a que mais se destacou (55,9%) entre os recursos formais (Tabela 1). Este recurso pela procura de espiritualidade que em fase mais avançada da vida se torna mais frequente, mas não só, de acordo com os discursos proferidos também por um certo sentido de ajuda ao próximo que lhes poderá ter fomentado o seu sentido de utilidade e de autoestima (Fonseca, 2011).

Em menor evidência, seguiram-se a estes registos de recurso formal: a frequência e participação em coletividades e associações (22,5%), que na sua grande maioria já eram anteriormente frequentadas; o voluntariado (14,7%), essencialmente realizado por participantes das áreas urbanas; a continuidade de aprendizagem (7,8%), tomada por iniciativa indiferentemente do grau académico dos participantes; o re(emprego) (6,7%), adotado em casos em que ocorreu a aposentação de áreas profissionais que assim o permitiam; e de certa forma ligada a este último, o empreendedorismo (1,9%; Tabela 1).

As evidências também denotaram que a forma de sentir a transição para a reforma poderá diferir entre aqueles que a protagonizaram. Neste estudo, se por um lado a evocação de *sentimentos* de felicidade (53,3%), alívio (27,3%) e liberdade (19,4%) denotou a satisfação que este evento terá suscitado aos seus participantes, por outro, a panóplia de sentimentos de saudade (27,4%), perda (16,8%), desilusão (15,2%), revolta (14,8%), arrependimento (12,7%), solidão (7,6%) e desorientação (5,6%) deixou transparecer que muitos dos atuais reformados não partilhavam de idêntica forma de sentir, originando no seu íntimo uma acentuada fonte de insatisfação (Figura 5, Tabela 1).

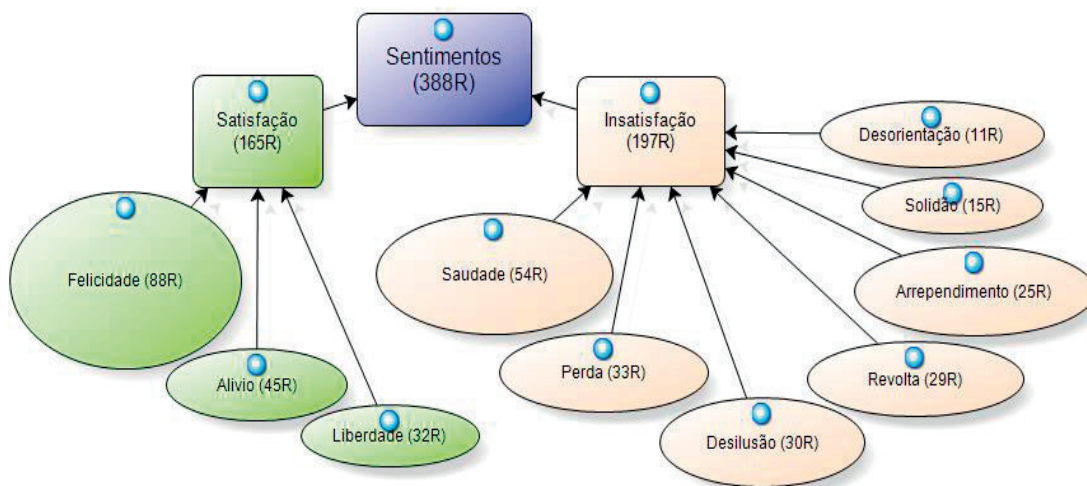


Figura 5. Sentimentos percebidos na adaptação à passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)

A natureza da transição, dada pelo final de um trabalho continuado que envolve um compromisso pessoal, institucional e social que ao longo do tempo pôde ter assumido uma rotina indesejada e forçosa, já fazia prever os sentimentos de satisfação expressos (Loureiro, 2011). Com efeito, depois de longos anos de trabalho, conseguir aceder a um patamar desejado e com o sentido de dever cumprido, podendo passar a auferir uma pensão sem stress e sem pressão, facilmente poderá ter constituído fonte de registos de satisfação como a felicidade (53,3%), o alívio (27,3%) ou a liberdade (19,4%; Tabela 1).

Mas outros fatores de índole menos satisfatória se terão colocado durante esta vivência, e a prova disso foi o facto de se terem identificado um elevado número de registos de ambivalência e de perda nos discursos dos recém-reformados, associados a esta transição (Figura 3). Assim, independentemente dos motivos que estiveram na origem das referidas perceções, que segundo diversos autores (Delamontagne, 2010; Fonseca, 2011; Loureiro, 2011; Milne, 2013) poderão estar associados a situações de passagem à reforma menos bem-sucedida, a verdade é que estas perceções terão sido percussoras dos sentimentos de insatisfação que deveriam vir a ser alvo de intervenção num programa de promoção de saúde (Tabela 3). A saudade, o sentimento mais registado (27,4%; Tabela 1), veio revelar que ainda que o trabalho suscitasse fonte de stress e de consequente mal-estar no final da vida ativa, constituía ainda assim um contexto de convívio e de relação com a rede social (Milne, 2013) da qual se foram afastando. Pelos discursos, percebeu-se ainda que associada a esta se gerou um sentimento de perda (16,8%) que se relacionou com a perda de colegas, de relações e, de forte relevância para muitos destes indivíduos, de perda de *status* que lhes terá afetado a sua autoestima. Foi também neste contexto que terão emergido os

registos de desilusão (15,2%) que passaram a sentir, uma vez que esta vivência em nada tinha a ver com aquela que era a *lua-de-mel* com a qual sonhavam vir a ser a passagem à reforma (Atchley, 1996).

Todavia mais intensa do que a referida desilusão foi o sentimento de arrependimento (12,7%) que passaram a sentir (Tabela 1). Esta situação deveu-se em grande parte ao facto de muitos dos recém-reformados terem tomado a decisão de se aposentarem de forma precoce, em função do quadro socioeconómico e político que no início da segunda década deste milénio se fazia notar em Portugal e que lhes suscitava a probabilidade de virem a ter de trabalhar mais anos a auferir valores de pensões de reforma mais baixos.

Contudo parece só ter conseguido alcançar o primeiro objetivo, porque atendendo ao número de registos referentes à perda económica que foram encontrados nos seus discursos, também nesta área saíram afetados. Foi decorrente desta situação que se gerou o sentimento de revolta (14,8%), sentimento, esse, que se agravou quando após terem investido na formação dos seus descendentes (filhos e netos), agora também estes passavam a estar a seu cargo em função dos elevados índices de despedimento e de desemprego que se instalavam.

Os registos de solidão (7,6%), decorrentes do afastamento e isolamento da sociedade, também se fizeram sentir e terão contribuído fortemente para a já mencionada perceção de perda psicoemocional.

Um certo quadro de desorientação (5,6%), também identificado, esteve relacionado com a dificuldade de gestão do tempo e, neste contexto, foram várias as expressões que fizeram notar que agora se viam a realizar tarefas despropositadas e que muitas das vezes chegavam ao final do dia com a sensação de que o tempo tinha passado sem que nada de útil tivessem realizado (Tabela 1).

Estes registos de perda orientaram para o facto de um programa de promoção da saúde dirigido a recém-reformados dever incluir temáticas relacionadas com a consciencialização do novo estatuto agora assumido (Sessão 1/Tabela 3), a gestão psicoemocional e do tempo (Sessão 2/Tabela 3), o alargamento da rede de apoio psicossocial (Sessão 3/Tabela 3), a gestão económica (Sessão 4/Tabela 3) e a promoção da saúde (Sessão 5/Tabela 3).

Pelos registos identificados nas narrativas dos recém-reformados participantes neste estudo, foi ainda perceptível a interferência que a vivência de *transições simultâneas* poderá ter exercido na adaptação em estudo, sendo que pela fase do ciclo vital em que a transição para a reforma habitualmente ocorre (final da meia idade) esta poderá ter sido afetada por transições que se identificam com a condição de retorno ao país natal (63,2%), com a alteração do estado civil (26,3%) ou, ainda, situações de mobilidade dos cônjuges (10,5%; Figura 6/Tabela 1).

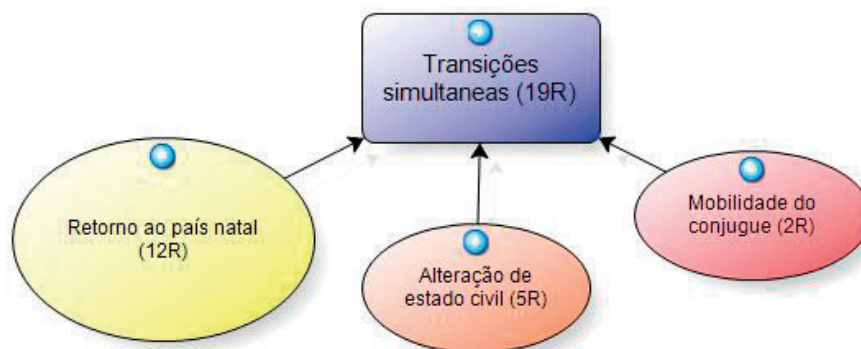


Figura 6. Transições simultâneas na adaptação à passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses.” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC).

A condição de ex-emigrante, situação ainda bastante frequente na geração que atualmente se aposenta, parece ter dificultado a adaptação à transição em estudo na medida em que se colocou como uma espécie de choque cultural. Esta situação tornou-se ainda mais notória para aqueles que não mantiveram um contacto assíduo com Portugal e que estiveram emigrados em países com políticas sociais bem diferentes das nossas. Ainda que de forma díspar, foi o caso de recém-aposentados ex-emigrantes de países do continente norte-americano e/ou do norte da Europa.

Relativamente à alteração do estado civil esta fez-se notar pelo estatuto de viuvez ou de divórcio que muitos dos aposentados vivenciaram a par desta transição. Com respeito à viuvez, este estatuto traduziu um pouco as características de longevidade de género em que o género masculino é o mais afetado, deixando as mulheres aposentadas numa situação de maior vulnerabilidade emocional e económica. Já no que se refere ao divórcio, situação essa de certa forma frequente na meia-idade e nesta transição (Delamontagne, 2010; Goodman, 2011; Yogev, 2011), parece ter tido origem numa conjugalidade que vinha a revelar-se não satisfatória e que por consequência veio a tornar a adaptação à reforma ainda mais dificultada.

Tabela 1

Frequência relativa de registos em função das unidades temáticas resultantes de grupos focais realizados com recém-reformados portugueses

Total (fr R/%)	Temas (fr R/%)	Subtemas (fr R/%)	Categorias (fr R/%)
796R 34,5%	Perceção da transição (796R/100,0%)	Readaptação (395R/49,6%)	Novo ritmo de vida (260R/65,8%) Ajustamento familiar (135R/34,2%)
		Continuidade (4R/0,4%)	-
		Ganhos (163R/20,5%)	Qualidade de vida (141R/86,5%) Psicoemocionais (12R/7,4%) Biofisiológicos (8R/4,9%) Económicos (2R/1,2%)
		Perdas (140R/17,6%)	Biofisiológicas (9R/6,4%) Psicoemocionais (44R/31,4%) Económicas (36R/25,7%) Sociais (51R/36,4%)
		Ambivalência (92R/11,6%)	-
1103 47,8%	Recursos e estratégias de adaptação (1103R/100,0%)	Informais (1001R/90,8%)	Família (215R/21,5%) Hobbies (128R/12,8%) Atividades domésticas (122R/12,2%) Vizinhos (96R/9,6%) Amigos (76R/7,6%) Viajar (1R/0,1%)
		Formais (102R/9,2%)	Religião (57R/55,9%) Coletividades e Associações (23R/22,5%) Voluntariado (15R/14,7%) Continuidade de aprendizagem (8R/7,8%) Reemprego (7R/6,7%) Empreendedorismo (2R/1,9%)
388R 16,8%	Sentimentos (388R/100,0%)	Satisfação (165R/42,5%)	Felicidade (88R/53,3%) Alívio (45R/27,3%) Liberdade (32R/19,4%)
		Insatisfação (197R/50,8%)	Saudade (54R/27,4%) Perda (33R/16,8%) Desilusão (30R/15,2%) Revolta (29R/14,8%) Arrependimento (25R/12,7%) Solidão (15R/7,6%) Desorientação (11R/5,6%)
19R 0,8%	Transições simultâneas (19R/100,0%)	Retorno ao país natal (12R/63,2%)	-
		Alteração do estado civil (5R/26,3%)	-
		Mobilidade do cônjuge (2R/10,5%)	-
2306R 100,0%	2306R 100,0%	2306R 100,0%	2306R 100,0%

Fonte: "A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses." By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fernandes, A. Fonseca, M. Veríssimo, ... M. Ângelo, 2014a, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC).

2. A TRANSIÇÃO PARA A REFORMA EM CASAIS PORTUGUESES

O estudo anteriormente apresentado, realizado com recém-aposentados portugueses (Loureiro et al., 2014a), já apontava para a interferência que a transição para a reforma exerce no sistema familiar, mais particularmente naquela que é a vivência da conjugalidade. As narrativas dos seus participantes evidenciaram essa interferência, pelo facto de 34,5% dos registos encontrados no tema readaptação terem expresso a percepção de ajustamento familiar a que passaram a estar expostos após a reforma e, ainda, pelo facto de 38,6% dos registos encontrados no tema *recursos informais* ter dado a saber que o cônjuge constituiu uma das mais importantes fontes de apoio na vivência dessa mesma transição.

Foi na sequência destes achados que os investigadores avançaram para a realização de um novo estudo, desta vez efetuado com casais em que pelo menos um dos cônjuges estivesse reformado há menos de 5 anos, com o objetivo de conhecer as percepções da vivência da conjugalidade na *passagem à reforma* (Loureiro et al., 2014b). Decorrente das entrevistas cedidas pelos seus participantes foi possível perceber que os casais mantiveram sempre presentes as suas estórias do passado, quando se reportavam às respostas adaptativas suscitadas pela transição para a reforma e que estas mesmas respostas foram fortemente marcadas pela *qualidade* da relação conjugal que foram construindo ao longo da sua vivência de casal. Ficou ainda explícito que os objetivos, as construções e os trajetos do passado, bem como o grau de resiliência demonstrado perante as adversidades que lhes foram sendo apresentadas ao longo da sua vida conjugal, terão tido reflexo na forma mais ou menos bem-sucedida como se adaptaram a esta nova transição.

Terá sido com base nestes e noutros pressupostos, e independentemente do estatuto de aposentado ou não aposentado de que eram detentores, que ambos os cônjuges verbalizaram os retratos da sua conjugalidade (42R/20,4%), os recursos adaptativos (139R/67,5%) e as vulnerabilidades que esta transição lhes suscitou (25R/12,1%; Figura 7, Tabela 2).

Os *retratos da conjugalidade* deram a perceber a *qualidade* da relação conjugal até então estabelecida e a forma como, num mesmo casal, ambos os cônjuges percecionaram a sua adaptação à transição em estudo. Também as construções individuais que se foram operando ao longo dessa mesma relação conjugal, dadas pelos diferentes contextos de desenvolvimento de cada um dos cônjuges (diferentes interesses, diferentes rotinas, diferentes relações pessoais e tantas outras diferenciações pessoais), parecem ter influenciado a adaptação à transição em estudo e sido geradoras de alguns constrangimentos da readaptação em casal. Terá sido em função destes distintos contextos, que os casais emitiram registos que se identificaram com o que passaram a fazer após a aposentação (42,9%), como se posicionaram na crise originada por esta transição (23,8%), e com os sentimentos que essa mesma adaptação lhes suscitou enquanto casal (33,3%; Figura 7, Tabela 2).

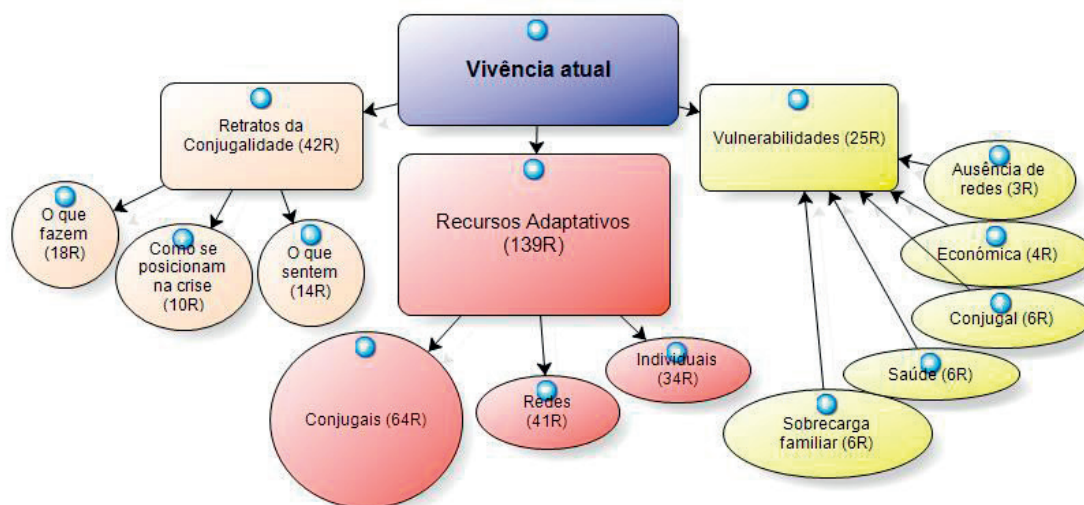


Figura 7. Percepção da vivência conjugal na passagem à reforma. Adaptado de “A Transição para a Reforma em Casais Portugueses” By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fonseca, M. Silva, M. Carvalho, ... M. Ângelo, 2014b, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

Quando se reportaram ao que passaram a fazer (42,9%), os casais proferiram registos ilustrativos dos hábitos pessoais, das atividades de lazer, das atividades domésticas, da sexualidade e do *cuidar do outro* (Tabela 2). Pelo teor dos referidos registos a passagem à reforma parece ter interferido nas referidas rotinas e alterado pouco a vivência conjugal até ao momento estabelecida. Contudo, ficaram evidentes as preocupações que passaram a ter com o processo de envelhecimento de que ambos estavam a ser alvo e com as implicações que o mesmo poderia vir a ter no futuro pessoal e conjugal. Estes registos vieram ao encontro das perdas biofisiológicas e psicoemocionais já identificadas no estudo anterior (Loureiro et al., 2014a) e alertaram uma vez mais para a necessidade de desmistificar a percepção de envelhecimento associada aos processos de senilidade, que grande parte das vezes permanece prevalente em quem se aposenta. Veio igualmente alertar para a pertinência de intervir no sentido de informar sobre os processos de senescência e de capacitar estes protagonistas para a adoção de medidas promotoras da saúde conducentes à ocorrência de um desejável envelhecimento ativo (Sessão 5 - Tabela 3).

Os sentimentos manifestados reportaram-se quase que exclusivamente à vivência conjugal e, se para alguns casais a passagem à reforma trouxe contributos positivos para a sua relação, para outros, este mesmo evento, terá proporcionado formas de sentir menos favoráveis ao desenvolvimento da sua conjugalidade. Esta última evidência foi conseguida pela constatação de registos que se identificaram com a saturação, desqualificação, perda de intimidade, sexualidade insatisfeita e, acomodação na relação. Por se revelarem de carácter recente e associados à vivência em estudo, estes registos deram a perceber que a passagem à reforma terá sido impulsionadora da ocorrência de uma certa instabilidade e mal-estar na relação destes casais; razão pela qual se considerou

pertinente intervir em contexto de saúde familiar, mais propriamente no âmbito da promoção de uma conjugalidade saudável, nesta transição do ciclo vital (Sessão 6 - Tabela 3).

Também os registos de revolta, de arrependimento e de conflito atual, identificados no tema posicionamento conjugal na crise (23,8%; Tabela 2), alertaram para a referida instabilidade reforçando a necessidade de um programa na área da promoção da saúde na passagem à reforma dever incluir obrigatoriamente a temática da conjugalidade (Sessão 6 - Tabela 3).

Revelando uma expressa necessidade em falar sobre as opções adaptativas tomadas após a passagem à reforma, os casais verbalizaram ainda uma elevada percentagem de registos relativos aos *recursos adaptativos* (67,5%) que lhes terão facilitado a vivência da passagem à aposentação; tendo neste âmbito sido maioritariamente apontados os recursos conjugais (46,0%), as redes (29,5%) e, em menor destaque, os dos próprios indivíduos (recursos individuais [24,5%]; Tabela 2).

A natureza positiva dos recursos conjugais, enfatizados por expressões de respeito, sinceridade, confiança, compreensão, tolerância, amor e carinho, diálogo, apoio e ajuda mútua, *estar mais tempo juntos*, independência do casal em relação à família alargada e, partilha de tarefas domésticas e de outras atividades, vieram reforçar a importância do *investimento* na relação conjugal estabelecida ao longo dos anos e a forma como a *qualidade* da mesma se torna de particular relevância para uma bem-sucedida adaptação à reforma.

As redes (29,5%) também se relevaram importantes recursos de adaptação para os casais (Tabela 2). As ditas informais (80,5%; Tabela 2), que passaram essencialmente pelo recurso aos filhos e netos, constituíram uma particular fonte de satisfação para ambos os cônjuges por terem proporcionado a manutenção de um sentido de utilidade e um contexto de afetos promotores do seu bem-estar. Ainda assim, e porque os registos fizeram transparecer que esta dinâmica estabelecida se tornou por vezes alvo de algum stress (como foi exemplo o facto dos pais, agora aposentados, quererem estabelecer as suas regras aos filhos, com respeito à educação dos netos), considerou-se que a relação intergeracional também deveria ser uma área a trabalhar quando se viesse a implementar um programa de promoção da saúde na passagem à reforma (Sessão 7 - Tabela 3).

As redes formais revelaram-se de muito menor adesão. Esta constatação evidenciou-se pela escassez de registos que foram encontrados nas suas narrativas (19,5%; tabela 2) e que se cingiram à frequência de universidades sénior, grupos corais, comunidades religiosas e centro de saúde. Este dado veio reiterar o fenómeno de isolamento a que muitos dos portugueses passam a estar sujeitos após a reforma e veio uma vez mais dar corpo à ideia de que se torna necessário intervir no sentido de minimizar este quadro (Sessão 3 - Tabela 3).

O mesmo sucedeu com respeito aos recursos individuais, nomeadamente quando a adoção de algumas atitudes disposicionais se fizeram notar de mais-valia para a adaptação em estudo; como foi o caso da ocupação do tempo em atividades já antes idealizadas e que por serem agora

conseguidas constituíram uma importante fonte de promoção de autoestima e da autoeficácia em ambos os cônjuges. Este recurso teve porém, a sua essência, na continuidade ou reorientação de objetivos de vida que segundo vários autores (Delamontagne, 2010; Fonseca, 2011; Milne, 2013) se tornam determinantes para a ocorrência de uma adaptação à reforma bem-sucedida. Foi também neste contexto que se considerou pertinente incluir, num programa de promoção da saúde dirigida a indivíduos recém-aposentados, uma sessão que permitisse refletir sobre os seus atuais e futuros objetivos de vida (Sessão 1 - Tabela 3).

Quanto às *vulnerabilidades* vivenciadas pelos casais após a passagem à reforma, os registos apontaram a sua relação mais direta com a sobrecarga familiar (24,0%), a ausência de saúde (24,0%), e as dificuldades de relacionamento conjugal (24,0%) que perceberam passar a ter (Tabela 2).

A sobrecarga familiar parece ter estado relacionada com a acumulação de papéis e tarefas que os casais passaram a assumir após a reforma, perdendo-se aquela com o cuidar dos netos, dos filhos e/ou dos pais, agora dependentes. Esta situação, de difícil gestão para as suas vidas, denotou a necessidade de intervenção num futuro programa de promoção da saúde (Sessão 3 - Tabela 3).

A ausência de saúde denotou também implicações diretas na conjugalidade. Contudo, porque os discursos dos casais também deram a perceber que outras vulnerabilidades poderiam contribuir para tal, considerou-se ser necessário incluir num programa de promoção da saúde dirigido a estes indivíduos temáticas que se relacionassem com a promoção de um envelhecimento saudável (Sessão 5 - Tabela 3), com a gestão das redes (Sessão 3 - Tabela 3) e, muito em particular, com a gestão dos recursos de saúde locais (Sessão 8 - Tabela 3).

Quanto às vulnerabilidades conjugais, que nesta fase da vida se caracterizam pelo *reencontro* do casal e do qual emerge grande parte das vezes a dificuldade em gerirem o espaço individual (1 e 1) e conjugal (1+1=3), este tabela reforçou a necessidade de integrar num plano de intervenção neste âmbito uma sessão que abordasse as questões da conjugalidade na meia-idade (Sessão 6 - Tabela 3).

Relativamente ao significativo número de registos de vulnerabilidade económica identificados nos discursos dos casais (16,0%; Tabela 2), e estes traduzirem a contemporânea conjuntura socioeconómica por estes casais não imaginada (ex. reformas precoces, filhos desempregados, créditos em incumprimento, insolvências...) e para o qual não estavam minimamente preparados; considerou-se que também este deveria ser um tema a abordar no plano de intervenção (Sessão 4 - Tabela 3).

Também os registos proferidos pelos casais referentes à ausência de redes (12,0%; Tabela 2) vieram reforçar a importância do restabelecimento de antigas e novas relações com amigos, vizinhos e restante comunidade no sentido de promover a saúde (Sessão 3 - Tabela 3).

Tabela 2

Frequência relativa de registos em função das unidades temáticas resultantes de entrevistas realizadas a casais recém-reformados portugueses

Total	Temas (nº/%)	Subtemas (nº/%)	Categorias (nº/%)
42R 20,4%	Retratos da conjugalidade (42R/100%)	O que fazem (18R/42,9%)	-
		O que sentem (14R/33,3%)	Sentimentos negativos (4R/28,6%)
			Sentimentos positivos (10R/71,4%)
		Como se posicionam na crise (10R/23,8%)	-
139R 67,5%	Recursos Adaptativos (139R/100%)	Conjugais (64R/46,0%)	-
		Redes (41R/29,5%)	Informais (33R/80,5%) Formais (8R/19,5%)
		Individuais (34R/24,5%)	-
25R 12,1%	Vulnerabilidades (25R/100%)	Sobrecarga familiar (6R/24,0%)	Ascendentes (2R/33,3%)
			Descendentes (4R/66,7%)
		Saúde (6R/24,0%)	-
		Conjugal (6R/24,0%)	-
		Económica (4R/16,0%)	-
		Ausência de redes (3R/12,0%)	Amigos (2R/66,7%)
Colegas (1R/33,3%)			
206 100,0%	206 100,0%	206 100,0%	206 100,0%

Fonte: "A Transição para a Reforma em Casais Portugueses" By H. Loureiro, A. Mendes, A. Camarneiro, A. Fonseca, M. Silva, M. Carvalho, ... M. Ângelo, 2014b, Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

3. SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS

Os registos proferidos pelos protagonistas desta transição (indivíduos [a azul] e casais [a verde]) evidenciaram oito temáticas centrais que haveriam de ser desenvolvidas no protótipo do programa REATIVA (REATIVA: um programa promotor de um envelhecimento ativo) que se relacionaram com a reforma e o *ser reformado*, a saúde mental e psicológica, as redes de apoio em saúde, a saúde física e envelhecimento, a gestão económica, a conjugalidade, a parentalidade e com os recursos de saúde locais (Tabela 3).

Tabela 3

Contributos temáticos para a construção do protótipo

Temas	Subtemas	Categorias	n.º	Tema central da sessão
Perceção da Vivência	Perdas	Psicoemocionais	1	Reforma e Reformado
Recursos e estratégias	Pessoais	-		
Recursos	Individuais	-		
Recursos	Conjugais	-		
Perceção da Vivência	Readaptação	Novo ritmo de vida	2	Bem-Estar e Saúde 1
Perceção da vivência	Perdas	Psicoemocionais		
Recursos e estratégias	Informais	-		
Recursos e estratégias	Formais	-		
Sentimentos	Insatisfação	-	3	Redes de apoio e Saúde
Perceção da vivência	Perdas	Sociais		
Recursos	Redes	Conjugais		
Recursos	Redes	Informais Formais		
Vulnerabilidades	Sobrecarga de papéis	Ascendentes		
Vulnerabilidades	Sobrecarga de papéis	Descendentes		
Vulnerabilidades	Saúde	-	4	Gestão económica
Perceção da Vivência	Perdas	Económicas		
Vulnerabilidades	Económicas	-	5	Saúde e Bem-estar 2
Perceção da Vivência	Perdas	Biofisiológicas		
Transições simultâneas	Alteração do estado civil	-		
Vulnerabilidades	Saúde	-	6	Família na meia-idade e Conjugalidade
Perceção da Vivência	Readaptação	Ajustamento familiar		
Recursos e estratégias de adaptação	Informais	Família		
Transições simultâneas	Mobilidade do cônjuge	-		
Retratos da conjugalidade	O que fazem	-		
Retratos da conjugalidade	Como se posicionam na crise	-		
Retratos da conjugalidade	O que sentem	-	7	Família e Parentalidade
Vulnerabilidades	Conjugais	-		
Perceção da Vivência	Readaptação	Ajustamento familiar		
Recursos e estratégias de adaptação	Informais	Família	8	Reforma Ativa em Cuidados de Saúde Primários
Perceção da Vivência	Perdas	Biofisiológicas		
Perceção da Vivência	Perdas	Psicoemocionais		
Vulnerabilidades	Saúde	-		

PARTE II – PROTÓTIPO

1. CONSTRUÇÃO DO MODELO E DESENHO DE IMPLEMENTAÇÃO

A construção do protótipo do programa REATIVA resultou do exercício de crítica e de consenso com base na síntese das evidências empíricas conseguida na investigação anterior, já apresentada (nomeadamente daquela que resultou dos grupos focais realizados com indivíduos recém-aposentados [Loureiro et al., 2014a] e das entrevistas conduzidas em casais em que pelo menos um dos cônjuges fosse recém-aposentado [Loureiro et al., 2014b]).

Desenvolvido entre os meses de julho e outubro de 2014, por um Painel Delphi constituído por 8 peritos procedentes de diferentes áreas disciplinares e integrantes da equipa de investigadores do REATIVA e por 2 consultores (um nacional e outro internacional), este processo envolveu a síntese das referidas evidências, a sua crítica e consenso, finalizando com a construção do modelo do referido protótipo (Figura 8).

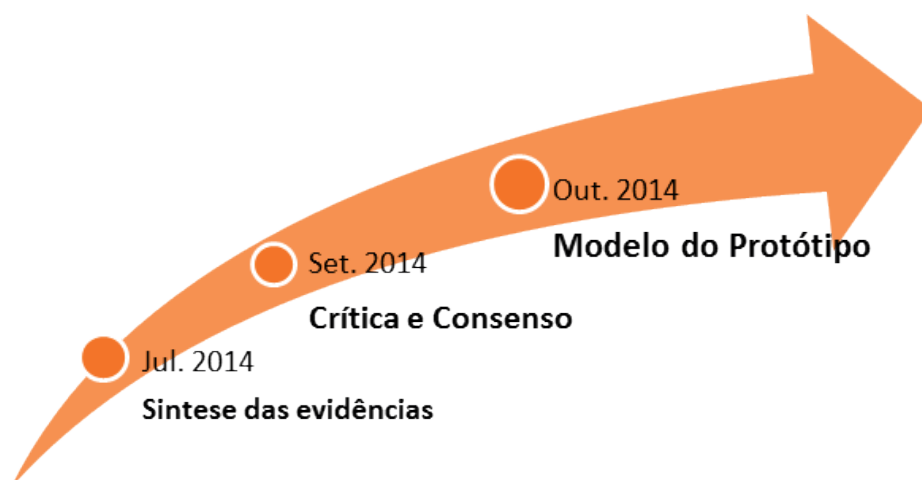


Figura 8. Desenvolvimento do Painel Delphi.

Esta construção constituiu a base do modelo de prescrição a ser aplicado numa investigação pré-experimental, realizada no sentido de ensaiar aquele que haveria de ser um programa promotor da saúde dirigido a indivíduos e famílias que se encontrassem em fase de adaptação à reforma, a ser aplicado em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Conforme já anteriormente avançado, o referido modelo prescrito fez-se constituir por 8 sessões abordando temáticas que envolveram os aspetos relacionados com a transição para a reforma, saúde mental e psicológica, redes de apoio e saúde, gestão económica, saúde e bem-estar físico e envelhecimento, conjugalidade, parentalidade e recursos de saúde locais (Tabela 4).

Tabela 4

Modelo temático do protótipo do programa REATIVA

Sessão	Temática	Principais aspetos a desenvolver
1	Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital	Uma reflexão propiciada sobre o tema da passagem à reforma (enquanto evento, estatuto e processo de adaptação) e sobre o que é ser reformado (que identidade e que mudanças adaptativas suscita nos seus protagonistas (como se vêem, como percecionam como os outros os vêem e, como os outros os vêem).
2	Saúde e Bem-estar 1	Um espaço para abordar a saúde mental e as formas e estratégias conducentes à sua promoção. Ainda neste contexto, e entre outros aspetos da saúde mental e psicológica, preconiza-se serem abordadas questões relacionadas com a gestão do tempo e do stress.
3	Redes de apoio e Saúde	A capacitação para a importância das redes na promoção da saúde, a gestão da rede de apoio pessoal e social, bem como a apresentação da rede de recursos locais e sua acessibilidade.
4	Gestão Económica	A abordagem da gestão da economia doméstica passando por assuntos relacionados com o planeamento de gastos, a racionalização das despesas, as prioridades do consumo e a resistência ao consumo.
5	Saúde e Bem-estar 2	A descrição do processo de desenvolvimento bio-psicossociológico associado ao envelhecimento e a reflexão sobre os medos associados a este mesmo processo.
6	A família na meia-idade e a Conjugalidade	A reflexão sobre o que é ser família na atualidade, as diferentes formas de família existentes, de que <i>a minha família é quem eu acho que é</i> e, uma particular abordagem ao seu subsistema conjugal em todas as dimensões do seu desenvolvimento.
7	Família e Parentalidade	A apresentação das características gerais das famílias em fase do ciclo vital de meia-idade, as relações intergeracionais que se estabelecem entre avós, pais e netos e a importância dos vínculos afetivos.
8	Reforma Ativa	A forma como os Cuidados de Saúde Primários estão organizados a nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e a nível local, o que têm para oferecer e como podem ajudar os indivíduos e famílias na meia-idade.

De natureza prescritiva este modelo haveria de ser desenvolvido num espaço de 60 dias, com avaliação antes e após a sua implementação do referido protótipo de capacitação (OxO), em 8 sessões, agendadas em 8 semanas consecutivas (1 sessão/semana), com a duração de 2 horas/cada, num total de 16 horas formativas (Figura 9).

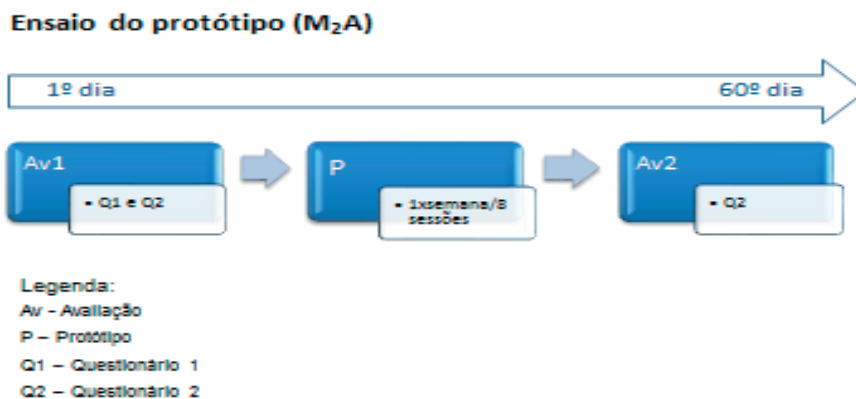


Figura 9. Desenho de implementação do protótipo do Programa REATIVA.

2. VARIÁVEIS, INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

Atendendo aos objetivos propostos para esta fase de estudo, e mais especificamente com respeito às variáveis, instrumentos de medida e procedimentos de colheita de dados previstos para o desenvolvimento do protótipo, tomaram-se dois distintos processos avaliativos. Um, mais centrado no efeito da aplicação do protótipo com respeito ao seu efeito nas variáveis centrais (autoeficácia percebida e autoperceção de adaptação à reforma) e um outro, mais direcionado à avaliação do programa aplicado, este dado pela apreciação que os participantes realizariam com respeito aos conteúdos temáticos e processos de desenvolvimento das sessões realizadas.

O primeiro, referente à avaliação das variáveis centrais e de outras consideradas relevantes para o estudo (nomeadamente, a caracterização dos participantes), recorreu a um instrumento de medida, composto por 2 partes: Parte 1 - Questionário de caracterização dos participantes, que incluiu variáveis sociodemográficas, profissionais e de caracterização da passagem à reforma; e Parte 2 - Escala de Autoeficácia Geral Percebida (GES) e Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR).

Com respeito às escalas aplicadas na parte 2, faz-se saber que:

- A GES, da autoria de Schwarzer e Jerusalem (s.d.) baseada no constructo de Albert Bandura (1998, 2001), mede a autoperceção otimista de que se consegue lidar com novos e diferentes desafios ou lidar com adversidades nos vários domínios do funcionamento humano. Trata-se de uma escala unidimensional que pode ser usada como preditor de adaptação a mudanças de vida e como indicador da performance motivacional em qualquer momento, como o comprovam os múltiplos estudos ao longo de duas décadas

(Schwarzer, & Fuchs, 1996). Neste estudo optou-se pela aplicação da versão portuguesa da GSE (Nunes, Schwarzer, & Jerusalem, 1999), um instrumento composto por 10 itens, de resposta fechada, ao qual os respondentes puderam posicionar-se em resposta tipo *likert* de quatro opções, numa correspondência de 1, *De modo nenhum é verdade*; 2, *Difícilmente é verdade*; 3, *Moderadamente verdade*; e 4, *Exatamente verdade* (Anexo II).

- A EPFAR foi construída pela equipa de investigadores do projeto REATIVA com base nas evidências emergentes dos momentos antecedentes ao desenvolvimento desta fase do seu desenvolvimento, nomeadamente dos *focus groups* realizados com recém-reformados (Loureiro et al., 2014a) e das entrevistas com casais (Loureiro et al., 2014b), de onde emergiram as principais alterações/dificuldades de adaptação à passagem à reforma, na voz dos seus protagonistas. Foi, ainda, resultante de uma vasta leitura de livros, artigos, estudos académicos e textos de opinião de peritos escritos na área da adaptação à aposentação e envelhecimento previamente efetuada (Loureiro et al., 2015).

Trata-se de um instrumento composto por 28 itens, abordando sete dimensões correspondentes às principais temáticas consideradas de maior vulnerabilidade em saúde na transição em estudo, numa correspondência de quatro itens atribuídos para cada uma das referidas temáticas abordadas na intervenção (*Estatuto de reformado, Saúde Mental, Redes de apoio, Saúde e Envelhecimento, Gestão Económica, Família e Conjugalidade e Família e Parentalidade*).

Conforme o desenho da intervenção, a aplicação destes instrumentos seria efetuada em dois momentos distintos da implementação do protótipo, nomeadamente: no seu início (Sessão 1), no qual seriam aplicadas as Parte 1 e 2; e no final (Sessão 8), momento em que se previa aplicar apenas a Parte 2. Qualquer um destes instrumentos haveria de ser administrado por abordagem de autorrelato escrito, após um prévio esclarecimento das instruções do seu preenchimento.

Relativamente à avaliação temática do plano do protótipo, no final de cada sessão haveria de ser entregue um instrumento a cada participante para que expressassem a sua opinião sobre a sessão à qual tinham acabado de assistir. Igualmente de preenchimento anónimo e confidencial, este instrumento era composto por quatro itens passíveis de ser respondidos em escala *likert*, entre insuficiente e muito bom, com respeito à *Relevância da temática abordada, Explicação da temática abordada, Tempo despendido na exposição da temática abordada e Qualidade/Quantidade dos materiais* (Anexo IV).

PARTE III – IMPLEMENTAÇÃO DO PROTÓTIPO

1. OBJETIVOS

O ensaio do protótipo anteriormente apresentado teve por objetivos:

- Avaliar o efeito da implementação de um modelo de intervenção, no processo de adaptação à reforma protagonizado por recém-reformados e seus cônjuges;
- Aferir a adequabilidade das temáticas apresentadas no protótipo, identificando outras passíveis de ser incluídas no programa REATIVA;
- Verificar a adequabilidade dos instrumentos de avaliação a serem aplicados, em termos de conteúdo e de adesão ao seu preenchimento, por forma a introduzir as modificações necessárias;
- Avaliar a adesão e o grau de satisfação dos recém-aposentados participantes em relação ao desenvolvimento do protótipo.

2. MEIO DE DESENVOLVIMENTO E PARTICIPANTES

O local selecionado para a implementação do protótipo foi aquele que desde sempre foi preconizado pelo projeto REATIVA (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC–PSC/4846/2012]): o contexto de prestação de Cuidados de Saúde Primários.

Com base nesta premissa, a implementação do protótipo teve lugar na sede do antigo Centro de Saúde de São Martinho do Bispo: instituição prestadora de Cuidados de Saúde Primários, localizada numa freguesia da cidade de Coimbra. Nesta freguesia, pela abrangência da área geodemográfica que lhe é adstrita, tornou-se passível de encontrar inscrita uma população de características sociodemográficas heterogéneas que se coadunam com o carácter urbano, semiurbano e rural.

A população alvo desta intervenção foram os utentes inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Dr. Manuel Cunha (Módulos 1 e 2, e Extensão de Taveiro) e Unidade de Saúde Familiar (USF) Mondego, que conferissem os seguintes critérios de inclusão: estar aposentado há menos de 5 anos; viver maritalmente (casado ou em união de facto); ter filhos e/ou netos e, ainda, preferencialmente, que se fizessem acompanhar pelos respetivos cônjuges (independentemente de estarem ou não já num estatuto de aposentados).

O processo de seleção da amostra iniciou com uma reunião efetuada com as equipas de saúde, quando foi solicitada sua colaboração na identificação de utentes que contemplassem os critérios de inclusão por forma a poderem vir a constituir participantes no ensaio do protótipo apresentado. Desta exposição, os profissionais de saúde presentes (médicos e enfermeiros) disponibilizaram-se

a efetuar o referido levantamento, enviando à equipa de investigação uma listagem de utentes, por si, previamente contactados.

Numa fase seguinte, e por via telefónica, foram contactados cada um dos 24 utentes constituintes da referida lista, por forma a serem convidados a participar numa sessão de esclarecimento conjunta, a realizar na UCSP Dr. Manuel Cunha. Decorrente de indisponibilidades de diversa índole manifestadas pelos potenciais participantes (como foram exemplo, a indisponibilidade para o horário de convocação, a existência de familiares a cargo e outras), apenas 18 utentes acederam a comparecer à sessão de esclarecimento.

No dia agendado, compareceram 15 utentes para a referida sessão. Da explicitação dos objetivos da intervenção, bem como o plano do seu desenvolvimento em termos temáticos (tendo este sido disponibilizado em suporte papel), 12 utentes acederam a participar no ensaio do protótipo tendo, para tal procedido à assinatura do respetivo consentimento informado.

Com respeito à sua caracterização, faz-se saber que, dos 12 participantes do ensaio do protótipo, quatro eram casais (oito participantes) e os restantes quatro participaram de forma individual. Relativamente à sua caracterização, faz-se saber que apresentavam idades compreendidas entre os 47 e os 69 anos (\bar{x} =60,9 anos; DP=6,9 anos), sendo sete (58,3%) participantes do sexo feminino e cinco (41,7%) do sexo masculino. Estavam maioritariamente (91,7%) aposentados, existindo apenas uma participante do sexo feminino ainda no ativo, a qual participou nas sessões juntamente com o seu cônjuge aposentado. Entre os elementos aposentados, 16,7% encontravam-se neste estatuto há menos de um ano e os restantes 83,3% até cinco anos. Em relação ao estado civil, 11 participantes são casados e um participante (sexo feminino) estava divorciado. No que concerne às habilitações académicas, estas centram-se nos primeiros anos de escolaridade: 50% até quatro anos de frequência escolar e 50% até nove anos de escolaridade, não existindo nenhum participante com habilitações superiores ao nono ano. Quanto às funções exercidas pelos aposentados durante a vida ativa, estas revelaram-se muito díspares, existindo uma prevalência do setor secundário (três técnicos profissionais de nível intermédio [25,0%]; um pessoal administrativo e similares [8,3%]); um forças de segurança [8,3%]; quatro operários, artífices e trabalhadores similares [33,3%]; dois trabalhadores não-qualificados [16,7%]). A participante ainda no ativo exercia também na área profissional dos trabalhadores não-qualificados. Em relação ao motivo da reforma, apenas um dos participantes se aposentou por atingir a idade limite (1,0%), os restantes aposentaram-se por motivo de alteração do estado de saúde (2,0%) e a grande maioria (97,0%) por outros motivos entre os quais a decisão de reforma antecipada, rescisão por mútuo acordo ou o encerramento da empresa onde laboraram, originando um quadro de desemprego prolongado.

3. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

O desenvolvimento desta fase do projeto teve por base a aprovação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) e da Comissão de Ética

da ARS Centro, já anteriormente conseguida.

Na sequência destes deferimentos e tendo em atenção a natureza do estudo previsto para este momento, precedeu a sua implementação:

- A realização de uma entrevista formal com a equipa coordenadora da Unidade de Saúde de S. Martinho do Bispo, no sentido de apresentar o projeto REATIVA (PTDC/MHC-PSC/4846/2012), os objetivos e modelo da intervenção a realizar, solicitar a colaboração na identificação dos potenciais participantes, bem como a autorização para o seu desenvolvimento nas suas instalações;
- A obtenção de consentimento informado dos participantes (Anexo I), após devido esclarecimento de todos os procedimentos e princípios éticos inerentes ao ato de participar num estudo de investigação da referida natureza.

4. DESENVOLVIMENTO

A implementação do protótipo ocorreu entre 3 de novembro e 18 de dezembro de 2014, e centrou-se nas principais temáticas que emergiram como fonte de vulnerabilidade em saúde nos protagonistas da transição em estudo, já apresentadas, contando com a colaboração de vários investigadores do projeto REATIVA e ainda de outros profissionais da instituição onde foi realizada a intervenção (Tabela 5).

Tabela 5

Plano de desenvolvimento das sessões do protótipo no CSSMB

Sessão	Designação	Preletor(es)	Data
1	Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital	António Fonseca	03.11.14
2	Saúde e Bem-estar 1	Aida Mendes	10.11.14
3	Redes de apoio e Saúde	Margarida Silva Ermelinda Gomes*	17.11.14
4	Gestão Económica	Helena Loureiro	24.11.14
5	Saúde e Bem-estar 2	Manuel Veríssimo Rogério Rodrigues	01.12.14
6	A família na meia-idade e a Conjugalidade	Madalena Carvalho	09.12.14
7	Família e Parentalidade	Paula Camarneiro	15.12.14
8	Reforma Ativa	Helena Loureiro Zita Gomes**	18.12.14

*Técnica Superior de Serviço Social/CSSMB **Enfermeira Chefe/CSSMB

Com base neste plano, passa-se a descrever de forma sistematizada aquela que foi a implementação do protótipo do programa REATIVA. A implementação será realizada de forma sequencial, em

função das oito sessões previstas, contemplando os respetivos objetivos, conteúdos, metodologias e recursos, bem como a avaliação e as observações/sugestões apresentadas pelos participantes (Tabela 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13).

Tabela 6

SESSÃO 1 - Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital

Temas Centrais – Reforma, Identidade de Reformado, Projetos de vida			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Discutir o atual quadro de passagem à reforma;	Constructo de passagem à reforma;	Expositivo Interrogativo	A sessão iniciou com o preenchimento do questionário (Parte 1 e 2), a que se seguiu a apresentação de todos os participantes.
Refletir sobre a identidade de reformado;	Conceito de reformado; Auto e hétero-perceção de reformado;		
Refletir sobre projetos futuros.	(Re)formulação dos objetivos de vida.		
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Bom (42,9%), Muito bom (57,1%). • Tempo despendido na sessão: Suficiente (71%), Bom (28,6%) • Qualidade dos materiais: Suficiente (28,6%), Bom (28,6%), Sem registo (57,1%) 			
Comentários/Sugestões: Sem comentários/sugestões.			
Avaliação 1 (AV1)			
Parte 1 + Parte 2			

Tabela 7

SESSÃO 2 - Bem-estar e Saúde 1

Temas Centrais – Saúde mental, Gestão do tempo e do stresse			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Refletir sobre o conceito de saúde mental; Refletir sobre o que leva as pessoas a sentirem-se sem saúde mental; Apresentar estratégias para ter saúde mental Discutir a gestão do tempo; Apresentar estratégias de gestão do stresse.	Conceito de saúde mental e da sua ausência; Distinção entre comportamentos, emoções e pensamentos de saúde mental e de ausência de saúde mental; A modificação dos pensamentos para melhor saúde mental; Noção de tempo; A gestão diária do tempo e a sua distribuição pelas várias atividades de vida; Técnicas de redução do stresse.	Expositivo Participativo	O grupo participou nas temáticas abordadas. Manifestou interesse. Colocou questões. Fez uma análise e reflexão da gestão do tempo diário. Concordaram com a importância de diminuir o stresse. Sugeriram a necessidade de terem mais tempo para aprender sobre a redução do stresse.
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Bom (100,0%) • Tempo despendido na sessão: Suficiente (50,0%), Bom (50,0%) • Qualidade dos materiais: Bom (33,3%), Sem registo (66,7%) 			
Comentários/Sugestões:			
<ul style="list-style-type: none"> • Penso que em relação à promoção da saúde mental, a gestão do tempo é muito importante, no entanto acho que este tema deveria ser mais debatido, tal como as técnicas de controlo do stresse deveriam ser mais aprofundadas e diversificadas. Acho que este é um problema que não se coloca simplesmente aos reformados mais novos mas especialmente aqueles que vão avançando na idade que não dispõem de estruturas que os incentivem a ter uma vida ativa através de instituições que <i>arrastem</i> estas pessoas a participarem em ações e tarefas que os ajudem a <i>limpar a mente</i> e sentirem-se úteis e não um peso morto na sociedade. (P3, 2014) • Mais sessões . . . e, alguma ajuda a prováveis interessados em voluntariado. (P5, 2014) 			

Tabela 8

SESSÃO 3 – Redes de apoio e Saúde

Temas Centrais – A importância das redes na promoção da saúde; Gestão da rede de apoio pessoal/social; Recursos da comunidade e acessibilidade			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Sensibilizar para a importância das redes formais e informais na promoção da saúde;	Conceito de rede formal e informal; Resultados de evidências científicas que comprovam que as redes podem ter um papel protetor da saúde e bem-estar; Importância das redes formais na saúde e bem-estar;	Método interrogativo seguido de método expositivo;	Projeção de diapositivos para apresentação e análise dos conteúdos através da participação dos elementos do grupo;
Promover a análise individual da rede de apoio formal e informal;	Conceito e construção do mapa de rede social pessoal;	Método expositivo e demonstrativo, seguido de método participativo;	Construção e análise do mapa de rede social pessoal;
Incentivar a gestão da rede de apoio pessoal/social;	Gestão da rede de apoio pessoal/social;	Método interrogativo relativo à aplicação de conhecimentos;	Análise do mapa de rede social pessoal e identificação dos recursos utilizados e não-utilizados; Reflexão sobre: composição, densidade, dispersão e homogeneidade da rede; Análise das formas de influenciar os processos de rede;
Informar sobre recursos da comunidade e acessibilidade.	Instituições de saúde; Instituições de apoio à família; Recursos desportivos; Recursos sociais.	Método expositivo e participativo.	Apresentação dos recursos existentes na comunidade de S. Martinho do Bispo e Ribeira de Frades.
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Suficiente (37,5%), Bom (50,0%), Muito Bom (12,5%) • Tempo despendido na sessão: Suficiente (75,0%), Bom (25,0%) • Qualidade dos materiais: Suficiente (50,0%), Bom (25,0%), Sem registo (25,0%) 			
Comentários/Sugestões: Sem comentários/sugestões.			

Tabela 9

SESSÃO 4 – Gestão Económica

Temas Centrais – Planeamento dos gastos, Racionalização de despesas, o Estabelecimento de prioridades e a resistência ao consumo.			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Dar a conhecer alguns aspetos genéricos do planeamento económico;	Conceito de planeamento económico; Conceitos de orçamento e de balanço económico e sua diferenciação;	Método expositivo	
Instruir sobre a forma de realizar procedimentos básicos de planeamento económico;	Elaboração de um balanço; Elaboração de um orçamento;	Método ativo	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitado o exercício individual • Confrontado o exercício individual em casal • Discussão dos resultados
Refletir sobre a racionalização dos gastos, o estabelecimento de prioridades e a resistência ao consumo.	Formas de racionalização dos gastos; Identificação de estabelecimento de prioridades; Estratégias emocionais de resistir ao consumo.	Método interrogativo	
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Suficiente (33,3%), Bom (50,0%), Muito Bom (16,0%) • Tempo despendido na sessão: Suficiente (66,0%), Bom (33,0%) • Qualidade dos materiais: Suficiente (66,0%), Bom (33,3%) 			
Comentários/Sugestões:			
Na minha opinião penso que esta sessão deveria ser realizada em idades mais precoces. Estamos a falar com pessoas acima dos 50 anos que já terão a sua vida organizada. Sessões destas seriam muito mais úteis aos jovens. (P6, 2014)			

Tabela 10

SESSÃO 5 – Bem-estar e saúde 2

Temas Centrais – Estilos de vida saudáveis e envelhecimento ativo			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Refletir sobre o processo de envelhecimento;	Envelhecimento demográfico; Características do processo biofisiológico de envelhecimento;	Método expositivo	
Refletir sobre os medos relacionados com o processo de envelhecimento.	A dependência; A institucionalização.		
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Bom (77,8%), Muito Bom (22,0%) • Tempo despendido na sessão: Suficiente (33,3%), Bom (66,0%) • Qualidade dos materiais: Suficiente (22,0%), Bom (44,4%), Ausentes (33,0%) 			
Comentários/Sugestões: Em futuras sessões devem incluir o tema voluntariado. (P5, 2014)			

Tabela 11

SESSÃO 6 – A família na meia-idade e a Conjugalidade

Temas Centrais – Família e Conjugalidade			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Discutir sobre o que é ser família;	Definição de família; Atuais tipos de família;	Método expositivo	
Refletir sobre a conjugalidade na meia-idade.	Ser casal (1+1=3); A renegociação da conjugalidade; Problemáticas e recursos conjugais; Mitos da Conjugalidade.	Método interrogativo	
Avaliação			
<ul style="list-style-type: none"> • Temática abordada: Suficiente (28,6%), Bom (14,3%), Muito Bom (57,1%) • Tempo despendido na sessão: Suficiente (28,6%), Bom (71,4%) • Qualidade dos materiais: Suficiente (42,9%), Bom (57,1%) 			
Comentários/Sugestões: Não retirando nada de bom das sessões anteriores, esta foi sem dúvida a melhor de todas. Espero que não deixem morrer este vosso projeto e se possível no futuro dar mais algum tempo a este tema. (P8, 2014)			

Tabela 12

SESSÃO 7 – Família e Parentalidade

Temas Centrais – Família meia-idade: avós, pais e netos			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Levar à reflexão sobre o conceito de família;	Conceitos de família e de ciclo de vida das famílias;	Expositivo; participativo; Apresentação de casos; Recurso a power point. Método demonstrativo,	
Apresentar as dinâmicas das famílias com filhos adultos;	Dinâmica das famílias com filhos adultos;	seguido de método participativo; Método interrogativo relativo à aplicação de conhecimentos;	Projeção de diapositivos para apresentação e análise dos conteúdos;
Refletir sobre as relações intergeracionais: pais, filhos e netos;	Relações intergeracionais: filhos, netos e avós; O Novo papel que é ser avó/avô; Tipos de avós; Regras para os avós;	Método expositivo e participativo com recurso à apresentação de casos.	Apresentação e análise de casos.
Debater os vínculos familiares.	A importância dos vínculos afetivos familiares.		
Avaliação			
Temática abordada: Suficiente (28,6%), Bom (14,3%), Muito Bom (57,1%)			
Tempo despendido na sessão: Suficiente (28,6%), Bom (71,4%)			
Qualidade dos materiais: Suficiente (42,9%), Bom (57,1%)			
Comentários/Sugestões: Sem comentários/sugestões.			

Tabela 13

SESSÃO 8 – Recursos de Locais de Saúde e Reforma Ativa

Temas Centrais – Cuidados de Saúde Primários:			
Objetivos	Conteúdos	Metodologia/Recursos	Observações
Apresentar os recursos locais de Cuidados de Saúde Primários (CSP);	Atual organização dos cuidados de saúde primários do SNS; - Organização dos CSP na área de S. Martinho do Bispo;	Método expositivo com recurso a power point.	Foram esclarecidas diversas dúvidas respeitantes à forma de utilização dos serviços de saúde oferecidos pelo C. S. São Martinho do Bispo.
Refletir sobre como os CSP podem intervir na transição para a reforma.	O papel do enfermeiro de família enquanto promotor da saúde na transição para a reforma.		
Comentários/Sugestões:			
Não deixem acabar o vosso projeto porque ele é útil às pessoas! (P4, 2014)			
Comecei a pensar de outra maneira e em algumas coisas da minha vida. (P5, 2014)			
Foi importante ter assistido a estas sessões. (P10, 2014)			
Avaliação 2 (AV2)			
Parte 2 (GES+EPFAR)			

5. TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Uma vez aplicados e recolhidos os instrumentos, procedeu-se à inspeção global dos mesmos por forma a verificar o seu integral preenchimento.

Numa fase posterior passou-se à codificação e inserção dos dados em base construída para o efeito no programa IBM SPSS22, seguindo-se a este procedimento um prévio tratamento estatístico de análise de frequências no sentido de detetar a existência de lapsos de introdução.

Antecedeu ainda a análise estatística geral a determinação da confiabilidade dos instrumentos de medida aplicados, dada pela aferição da consistência interna dos itens sobre os quais os participantes fizeram assinalar a sua opção de resposta. Decorrente deste procedimento e relativamente à GES, conseguiu-se apurar que este instrumento se revelou com uma boa consistência interna em ambos os momentos da sua aplicação; dada por valores de alfa de Cronbach total de 0,865, no primeiro momento de avaliação (A1) e, de 0,874, no segundo momento de avaliação (A2; Tabela 14). Idênticas características psicométricas foram encontradas em 23 países onde esta escala foi já aplicada, revelando uma consistência interna medida pelo alfa de Cronbach que variou entre 0,76 e 0,90, sendo maioritariamente de 0,80.

Tabela 14

Confiabilidade da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada, no 1º e 2º momento de avaliação

Item	1º Momento de avaliação		2º Momento de avaliação	
	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se item excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se item excluído
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.	0,221	0,881	0,588	0,863
Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	0,422	0,863	0,739	0,852
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.	0,404	0,865	0,258	0,883
Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	0,775	0,835	0,746	0,849
Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	0,607	0,851	0,310	0,880
Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.	0,616	0,851	0,557	0,865
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.	0,685	0,846	0,756	0,848
Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	0,668	0,844	0,750	0,853
Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	0,795	0,831	0,495	0,869
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.	0,707	0,843	0,753	0,848
	$\bar{x} = 31,00$; S= 18,571; DP=4,309		$\bar{x} = 31,73$; S= 25,067; DP=5,007	

Com respeito à EPFAR, o mesmo exercício de determinação da consistência interna revelou valores de alfa de Cronbach total de 0,861, no primeiro momento de avaliação (A1) e, de 0,833, no segundo momento de avaliação (A2; Tabela 15).

Ainda que pouco estudado, estes resultados apurados num tipo de exercício de teste-reteste vieram traduzir, a boa confiabilidade neste instrumento de medida. Reconhece-se, porém, que este instrumento carece de ser alvo de um estudo psicométrico mais aprofundado num próximo futuro.

Tabela 15

Confiabilidade da EPFAR, no 1º e 2º momento de avaliação

Dimensão	N.º	Item	1º Momento de avaliação		2º Momento de avaliação	
			Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Passagem à reforma	1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a.	0,428	0,855	0,526	0,820
	2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual.	0,508	0,853	0,436	0,826
	3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura.	0,491	0,853	0,896	0,810
	4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado.	0,523	0,853	0,340	0,829
Saúde Mental	5	Sinto-me em harmonia com a vida atual.	0,749	0,846	0,304	0,829
	6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres.	0,581	0,851	0,235	0,831
	7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil.	0,729	0,846	0,651	0,818
	8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia.	0,414	0,856	-0,235	0,844
Redes de apoio e Saúde	9	Sinto apoio da minha família.	0,251	0,861	0,250	0,832
	10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes.	0,403	0,856	0,528	0,821
	11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade.	0,784	0,844	0,425	0,825
	12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito.	0,174	0,863	-0,009	0,842
Gestão Económica	13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos.	0,575	0,852	0,835	0,808
	14	Sei gerir o meu dinheiro.	0,610	0,852	0,590	0,820
	15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo.	0,341	0,858	0,354	0,828
	16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo.	0,434	0,855	-0,177	0,840
Saúde e Envelhecimento	17	Gosto de mim tal como eu sou.	0,543	0,853	0,419	0,827
	18	Sinto-me bem.	0,671	0,850	0,621	0,819
	19	Cuido de mim.	0,332	0,858	0,179	0,833
	20	Tenho medo de envelhecer.	0,310	0,858	0,290	0,830

Família e Conjugalidade	21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal.	0,608	0,849	0,584	0,818
	22	Quando decido em casal consigo mais e melhor.	0,579	0,851	0,484	0,823
	23	Na minha relação há dialogo e partilha.	0,315	0,858	0,416	0,825
	24	Sinto-me bem sexualmente.	-0,109	0,874	0,060	0,836
Família e Parentalidade	25	Sinto que posso contar com os meus filhos.	-0,080	0,879	0,382	0,828
	26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos.	0,059	0,864	0,289	0,829
	27	Sinto que os meus netos contam comigo.	0,191	0,863	0,151	0,837
	28	Os meus netos fazem-me feliz.	0,494	0,853	0,289	0,830
			$\bar{x} = 82,93$; S= 98,352; DP=9,917	$\bar{x} = 91,73$; S= 76,485; DP=8,746		

Em função do objetivo e natureza de ensaio do estudo que esteve na base desta fase do projeto e pelo facto dos dados terem sido resultantes da aplicação dos mencionados instrumentos a uma amostra obtida por método de seleção por conveniência de pequena dimensão (GES [n=12]; EPFAR [n=11]), a análise estatística efetuada baseou-se no tratamento descritivo dos dados conseguida pela determinação da diferença de médias obtidas entre os itens/dimensões das escalas, aplicadas antes (A1) e após (A2) o desenvolvimento do protótipo; traduzida por (A2-A1).

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se os resultados da avaliação efetuada nos momentos antes (A1) e após (A2) a implementação do protótipo, com respeito às variáveis Autoeficácia Geral Percecionada e Posicionamento Face à Adaptação à Reforma. Esta mesma apresentação será complementada com a avaliação efetuada pelos participantes do protótipo, quando apresentaram comentários e sugestões no final de cada sessão assistida.

6.1. AUTOEFICÁCIA GERAL PERCEPCIONADA

A utilidade da avaliação da autoeficácia na amostra em estudo está inerente ao conceito de [Bandura \(1977\)](#), inicialmente definido como a crença que as pessoas desenvolvem sobre as suas capacidades pessoais para iniciar, executar e desempenhar com sucesso tarefas específicas, que possam exigir esforço e perseverança face às adversidades. Por outras palavras, a autoeficácia refere-se às perceções das pessoas sobre as suas capacidades para realizar uma determinada tarefa, de modo a atingir um determinado

objetivo ou resultado. Assim, a percepção de autoeficácia influencia a forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam, sendo um sistema importante para que o indivíduo atinja os objetivos e execute com sucesso as tarefas a que se propôs (Bandura, 1997). Estudos de Taylor e Shore (1995) afirmaram que a autoeficácia pode ser um preditor importante da capacidade de se ajustar à reforma com sucesso.

Com respeito ao estudo agora realizado, no primeiro momento a média global da autoeficácia foi de 31,00 ($M=18,571$; $DP = 4,309$) e no segundo momento foi de 31,73 ($M=25,067$; $DP=5,007$). Estes resultados indicam que os participantes apresentaram percepções cotadas num valor médio superior da escala (10 itens cotados entre 1 e 4 pontos) quer no primeiro quer no segundo momento, observando-se uma subida do valor total da autoeficácia do primeiro para o segundo momento. Embora não tenha sido possível aferir a consistência externa, para testar a significância de tal subida através de testes de comparação de médias, os valores apresentados sugerem um aumento do valor da autoeficácia ainda que ligeiro ($Dif. Médias=0,007$).

Este resultado pode ser justificado com o facto de o protótipo ter exercido esse efeito seus participantes mas, também, de estes mesmos participantes se terem demonstrado logo à partida predispostos a participarem nesta experiência piloto. Taylor-Carter e Cook (2005) afirmaram que a autoeficácia predispõe as pessoas ao envolvimento em estratégias proativas para dominar as mudanças de papel inerentes à transição para a reforma.

Efetuada uma análise por item-total, e considerando as possibilidades de resposta de 1 a 4, constatou-se que os valores médios totais obtidos em ambos os momentos se posicionaram acima de 3 ($min.=1$; $máx.=4$). No primeiro momento, a média foi de 3,10 ($DP=0,43$) e, no segundo momento, foi de 3,17 ($DP=0,50$), evidenciando a subida nos resultados médios totais, como atrás referido.

Contudo, quando realizado o mesmo exercício por item, constata-se que os itens 2 e 4 apresentam valores abaixo de 3 no primeiro momento e, no segundo momento, apenas o item 4 ($M=2,93$) continua abaixo daquele valor, mas com uma subida em relação à primeira medição. É também de referir que nenhum item apresenta uma média de valores superiores a 3,40.

Pelas razões atrás apontadas, relativas à caracterização dos participantes, seriam esperados valores de autoeficácia mais elevados, uma vez que, de acordo com van Solinge (2007), os trabalhadores que têm pouca confiança nas suas habilidades para lidar com as mudanças na vida constituem um claro grupo de risco em termos de saúde.

Três itens manifestaram uma descida ligeira entre os dois momentos, os sete itens restantes apresentam ligeiras subidas. A descida, em média, no valor dos itens 3 “É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos”, 6 “Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário” e 8 “Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções”, poderá estar relacionada com os fatores sociocognitivos que operam na regulação do bem-estar e realização humana juntamente com a autoeficácia enquanto percepção dos indivíduos para lidar com um conjunto de stressores da vida quotidiana.

De acordo com Bandura (1997), as crenças de autoeficácia influenciam as escolhas que as pessoas fazem, os seus esforços e persistência na concretização de objetivos, os seus processos de pensamento e as suas reações emocionais. Uma intervenção através de um programa desperta a atenção, mobiliza conhecimentos, desencadeia emoções que podem ter influenciado os resultados apresentados.

Neste sentido, Negrini, Panari, Simbular, e Alcover (2013) afirmaram que os sentimentos pessoais de competência têm uma influência primária nas reações dos adultos às transições de vida e implicações para as preferências na reforma e decisões acerca da mesma. Assim, a autoeficácia deve ser vista como um fator que ajuda as pessoas na vida ativa a sentirem-se mais confortáveis quando tomam a decisão de se reformarem e que melhora o ajustamento pós-reforma (Adams & Beehr, 2003).

Ainda assim, porque na maioria dos itens se verificou uma evolução positiva, esta evidência leva a supor que a prescrição implementada pelo protótipo terá em certa medida contribuído para uma melhoria da perceção de autoeficácia nos seus participantes (Tabela 16).

Tabela 16

Evolução da perceção de autoeficácia (GES)

Itens	Momento	A1		A2		Dif. Médias $\bar{x}_{A2} - \bar{x}_{A1}$
		\bar{x} / DP	Min/Max	\bar{x} / DP	Min/Max	
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.		3,20/0,676	2/4	3,40/0,632	2/4	0,200
Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.		2,93/0,458	2/4	3,20/0,676	2/4	0,267
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.		3,13/0,352	3/4	3,07/0,594	2/4	-0,067
Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.		2,80/0,676	2/4	2,93/0,884	1/4	0,133
Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.		3,00/0,535	2/4	3,07/0,594	2/4	0,067
Eu posso resolver a maioria dos problemas se eu investir o esforço necessário.		3,40/0,507	3/4	3,20/0,775	1/4	-0,200
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.		3,20/0,941	2/4	3,20/0,941	1/4	0,000
Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.		3,13/0,743	1/4	3,07/0,594	2/4	-0,067
Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.		3,00/0,756	2/4	3,33/0,617	2/4	0,333
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.		3,20/0,561	2/4	3,27/0,884	1/4	0,067
TOTAL		3,10/0,430	1/4	3,17/0,500	1/4	0,007

n=12

6.2. POSICIONAMENTO FACE À ADAPTAÇÃO À REFORMA

Os participantes recém-reformados (n=11) perceberam estar mais adaptados à transição em estudo (Dif. Médias=0,314), após terem sido submetidos ao protótipo do programa REATIVA. Esta constatação emergiu da evolução média positiva verificada em todas as dimensões da EPFAR, entre as quais se destacaram por ordem decrescente “Redes de apoio e Saúde” (Dif. Médias=0,486), “Reforma e Reformados” (Dif. Médias=0,433) e Família e Conjugalidade (Dif. Médias=0,367). Em idêntico valor (Dif. Médias=0,167), as dimensões onde se verificou uma menor evolução foram as relacionadas com a Gestão Económica e com a Saúde e Envelhecimento (Tabela 17).

Estes resultados foram concordantes com a necessidade que os participantes manifestaram com respeito a empoderarem-se em termos sociais e psicoemocionais de novas competências que lhes permitisse dar uma resposta mais efetiva aos novos desafios que passaram a ser-lhes colocados em termos familiares e conjugais. Em oposição, fizeram também perceber que alguns conhecimentos por este protótipo veiculados teriam sido já, supostamente, anteriormente apreendidos ou considerados de menor relevância para a sua presente adaptação, como foi o caso da gestão da economia doméstica e da adoção de medidas conducentes a um envelhecimento saudável.

Todavia, numa análise mais detalhada por dimensão e itens correspondentes (Tabela 9), estas perceções não se revelaram homogéneas. Pelo contrário, verificaram-se algumas incoerências que mereceram ser alvo de alguma discussão e reflexão.

Foi o que sucedeu com respeito à dimensão Reforma e Reformado, quando se verificou que apesar de considerarem que este novo estatuto lhes tinha permitido concretizar os projetos que traziam do passado (“Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado”, Dif. Médias=0,600), no mesmo momento não apresentavam uma idêntica evolução com respeito aos projetos a que se propunham realizar na vida atual (“Consigo identificar objetivos para a minha vida atual”, Dif. Médias=0,267). Esta diferença levou a perceber que após a aplicação do protótipo, estes recém-reformados passaram a descobrir o caminho para conseguirem realizar alguns dos seus *sonhos* do passado, mas que em oposição não lhes conseguiu suscitar uma idêntica efetividade com respeito àquele que deveria ser o exercício de manutenção dos seus objetivos de vida atual. Estes resultados levaram a supor que os recém-reformados participantes ainda permaneciam muito centrados naquela que era a sua vida do passado e nos ganhos recentes que tinham conseguido com a recente concretização de alguns dos projetos antes idealizados, deixando para traz aquela que deveria ser a sua aposta no presente em que viviam. Assim, o potencial efeito positivo da reforma como uma oportunidade para a concretização de sonhos e projetos pela adesão a atividades (profissionais ou não) parece só verificar-se quando é o próprio trabalhador que escolhe o caminho da reforma, sendo menos evidente quando o indivíduo é obrigado a reformar-se (Fonseca, 2011).

Ainda assim, foi relevante perceber que, após a implementação do protótipo, os participantes melhoraram a identificação dos seus objetivos para o futuro (“Consigo identificar objetivos para a

minha vida futura”, Dif. Médias=0,533), denotando o empoderamento que este lhes terá suscitado no sentido de encontrarem novos recursos e estratégias para continuarem a dar sentido às suas vidas. Este último resultado deu a perceber que, ainda que nesta faixa etária se verifique uma certa necessidade de recorrer ao passado para justificar as suas ações do futuro (Loureiro et al., 2014a; 2014b), os participantes conseguiram passar a planear os seus objetivos de vida de forma mais estruturada; evidenciando que o protótipo teria em certa forma contribuído para o seu processo de envelhecimento ativo. De resto, este achado vem ao encontro de uma ideia apresentada por Stebbins (2013, p. 111) onde ele expressa que “We do not stop playing because we grow old. We grow old because we stop playing” (Nós não deixamos de planear porque somos velhos, mas envelhecemos porque deixamos de planear).

Foi igualmente relevante ter percebido que após a aplicação do protótipo, os participantes perceberam passar a estar mais ajustados ao seu papel de reformados (“Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a”, Dif. Médias=0,333), o que de certa forma foi concordante com o aumento de percepção de autoeficácia de que passaram a ser detentores, já anteriormente referido. Este resultado remete para a procura de objetivos de sentido para a vida e, através deles, como estratégia de controlo pessoal sobre o desenvolvimento, de continuidade e de preservação da identidade. Realça, ainda, o significado que as teorias da ação e do controlo atribuem à adaptação psicológica como o conjunto de atividades, intencionais e planificadas, a partir das quais a pessoa fixa objetivos que lhe permitam assegurar um balanço favorável entre ganhos e perdas desenvolvimentais. A capacidade para estabelecer e manter objetivos apropriados a cada etapa do ciclo de vida é uma condição crucial para o desenvolvimento. À medida que se envelhece, possuir objetivos de vida ligados quer a finalidades concretas que se deseja alcançar, quer a funções psicológicas que se deseja preservar, constitui uma componente fundamental para o ajustamento psicológico (Fonseca, 2011).

Relativamente à *Saúde Mental*, outra das dimensões onde se verificou uma maior evolução após a aplicação do protótipo, destacou-se nos participantes a melhoria da percepção que passaram a ter com respeito à utilidade do maior espaço de tempo que passaram a ter nas suas vidas (“O tempo que disponho é utilizado de forma útil”, Dif. Médias=0,467). Este resultado veio dar ênfase ao efeito que o exercício de gestão do tempo, realizado na sessão, terá tido nos participantes; nomeadamente pelo contributo que poderá ter exercido para a tomada de consciência de que até ao momento não efetuavam uma correta utilização do mais tempo disponível que passaram a ter diariamente. De facto, a vida ativa, ainda que muitas das vezes exaustiva, imprime regras cronológicas que potencializam a melhor gestão do tempo. Na ausência destas, frequentemente as pessoas perdem a sua noção e muitas das vezes, quando se apercebem, o dia passou ficando a percepção de que nada de útil foi realizado para as suas vidas (Loureiro et al., 2014a).

Outros indicadores que revelaram a mais-valia da participação no protótipo foram as evoluções positivas verificadas nos itens “Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres” (Dif. Médias=0,333) e “Consigo gerir o stresse no dia-a-dia” (Dif. Médias=0,333). Esse efeito ficou desde

logo patente na avaliação imediata que os participantes apresentaram no final da sessão que abordou esta temática (Protótipo REATIVA/Sessão 2), quando um dos seus elementos proferiu:

Penso que em relação à promoção da saúde mental, a gestão do tempo é muito importante, no entanto acho que este tema deveria ser mais debatido, tal como as técnicas de controlo do stress deveriam ser mais aprofundadas e diversificadas. (P3, 2014)

Este excerto alertou porém para a exiguidade da abordagem destas temáticas durante esta sessão, razão pela qual, e por forma a incrementar a capacitação de recém-reformados, se teria de repensar futuramente uma nova forma de incluir e desenvolver estas temáticas naquele que viria a ser o Programa REATIVA.

Com respeito à dimensão onde se verificou a maior evolução após a participação no protótipo, Redes de apoio e Saúde (Dif. Médias=0,486), esta evidência veio uma vez mais reiterar que a passagem à reforma suscita na maioria dos seus protagonistas a percepção de um certo isolamento social, decorrente do afastamento da rede informal de colegas de trabalho e da rede formal institucional, que durante a vida ativa foram construindo (Fonseca, 2004, 2011; [Loureiro, 2011](#); Loureiro et al., 2014a, [2014b](#)).

Foi no sentido de minimizar este quadro que se incluiu no plano de desenvolvimento deste protótipo a Sessão 3, reservada a empoderar os participantes nesta área e a minimizar as consequências que um possível afastamento das redes informais e formais poderia desencadear na sua adaptação a esta transição, com consequentes efeitos num processo de envelhecimento que se desejava ser bem-sucedido.

Na sequência da adoção desta medida, verificou-se que de uma forma global os participantes passaram a sentir-se com mais apoio na sua vida (“Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito”, Dif. Médias=0,800). Contudo, esta percepção deveu-se essencialmente à tomada de conhecimento que passaram a ter da rede de recursos formais existente na sua comunidade (“Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes”, Dif. Médias=0,667) e não, de forma tão expressiva, com a forma de como lhes aceder (“Sei como aceder aos recursos da minha comunidade, Dif. Médias=0,200). Estes resultados vieram alertar para o facto de não ser suficiente apresentar os recursos existentes mas, também, de dotar os recém-reformados de competências que lhes permita aceder aos mesmos ou, ainda noutra perspetiva, que os sensibilizasse para a relevância da sua utilização enquanto promotores do seu bem-estar em saúde e envelhecimento ativo. Nesta perspetiva, percebeu-se que esta temática deveria ser melhor trabalhada no futuro programa REATIVA, talvez pela intervenção direta dos atores da rede formal da comunidade, por forma a estabelecer uma comunicação mais direta com os recém-reformados e mais esclarecedora daquelas que poderiam ser as suas dúvidas com respeito à sua utilização.

Dentro desta dimensão, outro dado que mereceu ser alvo de reflexão foi o facto de se ter verificado que a menor evolução ocorrida entre os itens em avaliação se observou no item

“Sinto apoio da minha família” (Dif. Médias=0,267). Este resultado foi ao encontro do esforço adaptativo que os recém-reformados percebem nesta transição e que, segundo Loureiro (2011), se relacionam com a nova forma de *Estar, Sentir e Ser* em família. Perante esta evidência, também se considerou que o futuro programa REATIVA deveria incluir uma intervenção mais eficiente neste âmbito, dando mais espaço de reflexão sobre esta temática àqueles que viessem a ser os seus participantes.

De resto, a ideia de que esta temática merecia ser mais desenvolvida foi um comentário apresentado por um dos participantes no final desta sessão, que acrescentou ainda o seu interesse pelas questões relacionadas com o voluntariado.

Mais sessões . . . e alguma ajuda a prováveis interessados em voluntariado. (P5, 2014)

Relativamente à Gestão da Económica, os resultados deram a perceber que esta foi uma das dimensões na qual se verificou uma menor evolução. Segundo um dos participantes, talvez porque ao longo da sua vida já tivessem adquirido competências suficientes para o fazer:

Na minha opinião penso que esta sessão deveria ser realizada em idades mais precoces. Estamos a falar com pessoas acima dos 50 anos que já terão a sua vida organizada. Sessões destas seriam muito mais úteis aos jovens. (P6, 2014)

Ainda assim, pela considerável evolução positiva verificada nos itens “Sei gerir o meu dinheiro” (Dif. Médias=0,267) e “Realizo um planeamento mensal dos meus gastos” (Dif. Médias=0,200), depreendeu-se que o exercício de balanço e orçamento realizado por ocasião desta sessão (Protótipo REATIVA/Sessão 4) terá sortido num importante contributo de reflexão individual e conjugal conducente a um mais amplo conhecimento sobre aquela que seria a gestão económica familiar.

As elevadas médias constatadas na primeira avaliação dos itens referentes à resistência ao consumo e ao estabelecimento de prioridades de consumo (respetivamente, $[\bar{x}=3,600; DP=0,632]$ e $[\bar{x}=3,267; DP=0,458]$) deram conta que antes de serem submetidos ao protótipo os participantes, já se percecionavam competentes para efetuar a sua gestão económica. Contudo, ainda que diminuta, a evolução positiva verificada nos mesmos itens (“Sei resistir à pressão da publicidade do consumo” (Dif. Médias=0,133) e “Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo” (Dif. Médias=0,067), veio sugerir que esta mesma sessão poderá ter exercido algum efeito nos participantes e, como tal, deveria ser mantida no futuro Programa REATIVA.

Quanto à dimensão Saúde e Envelhecimento, os resultados obtidos deram conta que a sessão reservada ao desenvolvimento desta temática (Protótipo REATIVA/Sessão 6) suscitou uma efetiva melhoria da autoestima nos participantes (“Gosto de mim tal como eu sou”, Dif. Médias=0,200; “Sinto-me bem”, Dif. Médias=0,200). Esta evidência demonstrou ser de elevada relevância para aquele que é o objetivo geral do futuro Programa REATIVA, dado que um dos seus principais desígnios se centra precisamente na promoção da autoestima.

Outro dos achados que de certa forma foi ao encontro desse mesmo objetivo, traduziu-se pela evolução negativa verificada no item que evocava o autocuidado (“Cuido de mim”, Dif. Médias=-0,067]. Ainda que pareça contraditória, esta evolução fez notar que os participantes passaram a tomar consciência de que até ao momento não cuidavam devidamente de si e, como tal, teriam de passar a prestar mais atenção à sua pessoa (*self*), cuidando assim mais da sua autoestima.

Também no âmbito da dimensão Saúde e Envelhecimento, a franca evolução positiva verificada no item “Tenho medo de envelhecer” (Dif. Médias=0,333) levou a perceber que a implementação do protótipo terá suscitado uma maior interiorização do processo de envelhecimento de que estavam a ser alvo os participantes. Desconhecem-se os verdadeiros efeitos desta evolução mas, se por um lado, esta percepção poderá ter despoletado a noção de finitude da vida humana e o receio da patologia e dependência a esta associada (Veríssimo, 2014), por outro, poderá ter-se revelado de mais-valia para os participantes, uma vez que possivelmente os terá deixado mais sensibilizados para a adoção de medidas preventivas em saúde. Independentemente do fundamento deste *medo* percecionado, este resultado e todos os outros apurados nos restantes itens deram conta que a abordagem da temática do envelhecimento deveria ser mantida no futuro Programa REATIVA.

Na avaliação final desta sessão, o mesmo participante da sessão 3 reiterou a importância de incluir a temática do voluntariado nestas sessões, “Em futuras sessões devem incluir o tema voluntariado.” (P5, 2014). Sugestão, essa, que apesar de já ter sido abordada considerou-se relevante dar um maior ênfase na construção do futuro Programa REATIVA.

Com respeito à Família e Conjugalidade, aquela que foi a segunda dimensão em que maior evolução se verificou após a aplicação do protótipo (Protótipo REATIVA - Sessão 7), foi manifesto agrado com os seus participantes a receberem esta temática.

Não retirando nada de bom das sessões anteriores, esta foi sem dúvida a melhor de todas. (P3, 2014)

Espero que não deixem morrer este vosso projeto e se possível no futuro dar mais algum tempo a este tema. (P8, 2014)

Nesta mesma dimensão foi particularmente notória a evolução positiva verificada na percepção de satisfação sexual (“Sinto-me bem sexualmente”, Dif. Médias=0,467) fazendo notar que esta área da conjugalidade terá passado a funcionar melhor nos casais, bem como uma melhoria da comunicação que nos mesmos se passou a estabelecer; expressa por um mesmo valor evolutivo positivo (Dif. Médias=0,400) obtido nos itens “Na minha relação há dialogo e partilha” e “Quando decido em casal consigo mais e melhor”.

A evolução positiva do item “Estou satisfeito com a minha relação conjugal” (Dif. Médias=0,200) surge em concordância com a variação verificada nos itens anteriormente mencionados. O facto

desse resultado assumir um menor valor, veio no entanto revelar que são muitas as áreas da conjugalidade que poderão ser afetadas e/ou afetadas pela passagem à reforma; razão pela qual Goodman (2011) defende que os casais se deveriam treinar para vivenciar esta transição.

Estas evidências não deixaram dúvida quanto à futura inclusão da temática da conjugalidade no Programa REATIVA. Contudo, porque em casal a individualidade deve ser e estar sempre preservada (Delamontagne, 2010; Yogeve, 2011) e porque o subsistema conjugal é apenas um dos muitos que compõe as famílias, considerou-se que num futuro próximo esta temática deveria ser transversal às sessões que abordassem a saúde familiar.

Por fim, relativamente à dimensão *Família e Parentalidade* e à evolução que os participantes demonstraram sobre a mesma após a implementação do protótipo, foi possível verificar que na maioria dos itens, essa dimensão traduziu-se de forma positiva. Destacou-se nessa evolução os netos, como fonte prazerosa para as suas vidas (“Os meus netos fazem-me feliz”, Dif. Médias=0,533). Idêntico protagonismo desta geração descendente foi já identificado no estudo de Loureiro (2011) quando, com respeito ao estudo da mudança de papéis e funções familiares ocorrida na passagem à reforma, verificou que o *cuidar* dos netos se revelou numa estratégia de eleição em termos de promoção adaptativa.

Um idêntico sentido evolutivo se verificou com respeito à percepção do retorno dessa mesma relação, só que desta vez assumiu uma inferior diferença de médias (“Sinto que os meus netos contam comigo”, Dif. Médias=0,133). Duas justificativas poderão ter estado na origem deste resultado. Uma primeira poderá ter sido resultante da consciencialização do evolutivo processo de envelhecimento que estavam a vivenciar e que num futuro, mais ou menos longínquo, poderia estar na origem da inversão de dependências e dos respetivos papéis instrumentais (Fonseca, 2005a). A segunda justificativa poderá ter estado relacionada com o facto dos participantes do protótipo se encontrarem naquela que é a fase do desenvolvimento humano que ocorre entre os 46 e os 65 anos, à qual Erikson, Erikson, & Kivnick (1986) designaram por *Generativity & Self-Absorption* e que, segundo Hill (2005), se as pessoas não se prepararem convenientemente para esta e outras dimensões evolutivas do seu processo de desenvolvimento, poderão vir a perceber que nada podem fazer para ajudar as gerações futuras.

Com respeito à relação com os filhos, a evolução positiva verificada no item “Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos” (Dif. Médias=0,333), em certa forma, deu a perceber a conjuntura socioeconómica e política em que se vivia no período em que foi aplicado o protótipo. Estudos antecedentes (Loureiro et al., 2014a; 2014b) já davam conta desta evidência, quando revelaram a revolta e ansiedade que muitos dos pais recém-reformados sentiam quanto ao facto de terem de continuar a apoiar os seus filhos adultos por motivos que não seriam previsíveis ocorrer nesta fase do seu desenvolvimento (ex. suporte financeiro por motivo de desemprego) e, certamente, terá sido esse um dos motivos pelo qual não se verificou qualquer evolução na diferença de médias obtida no item “Sinto que posso contar com os meus filhos” (Dif. Médias=0,000).

Ainda assim, o facto de se ter verificado uma evolução positiva no item anterior (“Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos”, Dif. Médias=0,333) levou a crer que o protótipo exerceu uma vez mais um efeito de promoção na competência de cuidar dos outros que, de acordo com Hill (2005), revela a maturidade resultante de uma bem-sucedida negociação ocorrida nesta etapa de desenvolvimento.

Na última sessão, reservada à apresentação dos recursos de Cuidados de Saúde Primários da área de abrangência bem como à síntese final do protótipo (Protótipo REATIVA/Sessão 8), os comentários e sugestões apresentados pelos participantes constituíram um reforço muito positivo para se avançar para a implementação do Programa REATIVA.

Não deixem acabar o vosso projeto porque ele é útil às pessoas! (P4, 2014)

Comecei a pensar de outra maneira e em algumas coisas da minha vida. (P5, 2014)

Foi importante ter assistido a estas sessões. (P10, 2014)

Tabela 17.

Evolução da percepção de posicionamento face à adaptação à reforma (avaliado pela EPFAR)

Dimensão	Momento	A1		A2		Dif. Médias \bar{x} A2- \bar{x} A1	Dif. Médias \bar{x} A2- \bar{x} A1 (TOTAL/ Dim.)
		\bar{x} / DP	Min/Max	\bar{x} / DP	Min/Max		
Reforma e Reformado	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a.	2,800/1,014	1/4	3,133/0,834	2/4	0,333	0,433
	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual.	2,867/0,834	1/4	3,1330/516	2/4	0,267	
	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura.	2,467/0,743	1/3	3,000/0,655	2/4	0,533	
	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado.	2,467/0,743	1/4	3,067/0,961	1/4	0,600	
Saúde Mental	Sinto-me em harmonia com a vida atual.	3,000/0,756	2/4	3,200/0,561	2/4	0,200	0,333
	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres.	3,400/0,737	2/4	3,733/0,458	3/4	0,333	
	O tempo que disponho é utilizado de forma útil.	2,933/0,799	1/4	3,400/0,632	2/4	0,467	
	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia.	3,000/0,756	2/4	3,333/0,617	2/4	0,333	

Rede de apoio	Sinto apoio da minha família.	3,133/0,834	2/4	3,400/0,910	2/4	0,267	0,486
	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes.	2,067/0,704	1/3	2,733/0,799	1/4	0,667	
	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade.	2,267/0,799	1/3	2,466/0,743	1/3	0,200	
	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessário.	2,667/0,900	1/4	3,466/0,834	1/4	0,800	
Gestão Económica	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos.	2,867/0,640	2/4	3,067/0,799	2/4	0,200	0,167
	Sei gerir o meu dinheiro.	3,200/0,561	2/4	3,466/0,640	2/4	0,267	
	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo	3,267/0,458	3/4	3,333/0,617	2/4	0,067	
	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo.	3,600/0,632	2/4	3,733/0,458	3/4	0,133	
Saúde e Envelhecimento	Gosto de mim tal como eu sou.	3,600/0,632	2/4	3,800/0,414	3/4	0,200	0,167
	Sinto-me bem.	3,333/0,617	2/4	3,533/0,640	2/4	0,200	
	Cuido de mim.	3,200/0,414	3/4	3,133/0,640	2/4	-0,067	
	Tenho medo de envelhecer.	2,667/0,724	2/4	3,000/0,845	2/4	0,333	
Família e Conjugalidade	Estou satisfeito com a minha relação conjugal.	3,267/0,884	1/4	3,467/0,834	1/4	0,200	0,367
	Quando decido em casal consigo mais e melhor.	3,067/0,704	2/4	3,467/0,743	2/4	0,400	
	Na minha relação há dialogo e partilha.	3,133/0,640	2/4	3,533/0,743	2/4	0,400	
	Sinto-me bem sexualmente.	2,600/0,986	1/4	3,067/0,594	2/4	0,467	
Família e Parentalidade	Sinto que posso contar com os meus filhos.	3,000/1,254	1/4	3,000/1,134	1/4	0,000	0,250
	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos.	3,333/0,617	2/4	3,067/0,617	2/4	0,333	
	Sinto que os meus netos contam comigo.	2,933/0,884	2/4	3,067/0,961	2/4	0,133	
	Os meus netos fazem-me feliz.	2,800/0,862	2/4	3,333/0,816	2/4	0,533	
Total		2,960/0,354	1/4	3,274/0,312	1/4	0,314	0,314

n=11

SÍNTESE CONCLUSIVA

O protótipo apresentado foi construído com base na síntese e discussão, realizada em painel Delphi, das evidências emergentes de estudos efetuados em anteriores momentos do desenvolvimento do projeto REATIVA (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]); nomeadamente dos *focus group* realizados com recém-reformados (Loureiro et al., 2014a) e das entrevistas efetuadas com casais, em que pelo menos um dos cônjuges se apresentasse na condição de recém-reformado (Loureiro et al., 2014b).

Desse exercício resultou um conjunto de áreas temáticas, relacionadas com a Reforma e Reformados, a Saúde Mental, as Redes de apoio em saúde, a Saúde física e envelhecimento, a Gestão económica, a Família e conjugalidade, a Família e parentalidade e, ainda, Recursos de cuidados de saúde primários locais que constituíram os oito temas das sessões constituintes do protótipo.

O ensaio deste protótipo teve como principal objetivo avaliar o efeito da implementação de um programa promotor da saúde em recém-reformados, seus cônjuges e famílias, pela determinação da evolução da perceção de autoeficácia (avaliado pela GES) e de posicionamento face à adaptação à reforma (avaliado pela EPFAR).

Em resultado dessa intervenção, realizada em contexto de CSP, verificou-se que a prescrição levada a cabo pelo desenvolvimento do protótipo terá contribuído para uma melhoria da perceção de autoeficácia e de ajustamento à transição para a reforma, naqueles que foram os seus 12 participantes.

Ainda assim, porque resultante da análise das referidas variáveis se verificaram algumas inconsistências evolutivas e porque, pela avaliação que os participantes realizaram no final das 8 sessões assistidas, se depreendeu a existência de algumas lacunas naquele que foi o seu plano de desenvolvimento; conclui-se que algumas alterações estruturais e metodológicas deveriam introduzidas no plano deste protótipo, por forma a conceber o futuro *Programa REATIVA*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, G. A., & Beehr, T. A. (2003). *Retirement: Reasons, processes, and results*. New York, NY: Springer.
- Atchley, R. (1996). *Retirement*. In J. Birren (Ed.), *Encyclopaedia of gerontology* (Vol. 2, pp. 423-454). San Diego, CA: Academic Press.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York, NY: General Learning Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1998). *Health promotion from the perspective of social cognitive theory*. *Psychology and Health*, 13(4), 623-649. doi: 10.1080/08870449808407422
- Bandura, A. (2001). *Social cognitive theory of mass communications*. In J. Bryant & D. Zillman (Eds.), *Media effects: Advances in theory and research* (2nd ed., pp.121-153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlba.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *A ecologia do desenvolvimento humano: Experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Delamontagne, R. (2010). *Honey I'm home: How to prevent or resolve marriage conflicts caused by retirement*. New Hope, Pennsylvania: Fairview.
- Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. New York, NY: W.W. Norton & Company Inc.
- Fernandes, A. (2008). *Questões demográficas: Demografia e sociologia da população*. Lisboa, Portugal: Edições Colibri.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid, Espanha: Pirâmide.
- Fonseca, A. (2004). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. (2005a). *Desenvolvimento humano e o envelhecimento*. Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Fonseca, A. (2005b). *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Porto, Portugal: Coisas de ler.
- Fonseca, A. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Goodman, R. (2011). *Too Much togetherness: Surviving retirement as a couple*. Utah, UT: Bonneville.
- H, Loureiro, H., Mendes, A., Rodrigues, R., Apóstolo, J., Rodrigues, M., Cardoso, D., & Pedreiro, A. (2015). The experience of programs to promote health in retirement: a systematic review of qualitative evidence. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(4), 276 - 294. doi:10.11124/jbisrir-2015-1754.
- Hill, R. (2005). *Positive aging: A guide for mental health professionals and consumers*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Lanchman, M. (2001). *Handbook of midlife development*. New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.
- Loureiro, H. (2011). *Cuidar na entrada na reforma: Uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Loureiro, H., Fonseca, A. & Veríssimo, M. (2012). Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma. *Revista Enfermagem Referência*, 3(8), 47-56. doi:10.12707/R111232
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2014a). *A Transição para a Reforma em Reformados Portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).

- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fonseca, A., Silva, M., Carvalho, M., ... Ângelo, M. (2014b). *A Transição para a Reforma em Casais Portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC).
- Martins, R. M. (2003). *Envelhecimento e saúde: um problema social emergente*. Recuperado de <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium27/14.htm>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific and theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishings Company, LLC.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Milne, D. (2013). *The Psychology of retirement: Coping with the transition from work*. New Jersey, NJ: Wiley-Blackwell.
- Negrini, A., Panari, C., Simbular, S., & Alcover, C. M. (2013). The push and pull factors related to early retirees' mental health status: A comparative study between Italy and Spain. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 51-58. doi: 10.5093/tr2013a8
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Auto-eficácia geral percebida. Recuperado de http://userpage.fu-berlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/Auto-Eficacia_Geral_Percepccion/hauptteil_auto-eficacia_geral_percepccion.htm
- Schumacher, K., Jones, P., & Meleis, A. (1999). *Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice*. In L. Swanson & T. T. Reimer (Eds.), *Advances in gerontological nursing: Life transitions in the older adult*, (vol. 3, pp. 1-26). New York, NY: Springer Publishing.
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviours*. Buckingham, England: Open University Press.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (n.d). The general self-efficacy scale (GSE). Recuperado de <http://userpage.fu-berlin.de/health/engscal.htm>
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo, Brasil: Mamole.
- Stebbins, R. (2013). *Planning your time in retirement: How to cultivate a leisure lifestyle to suit your needs and interests*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Taylor, M. A., & Shore, L. M. (1995). Predictors of planned retirement age: An application of Beehr's model. *Psychology and Aging*, 10(1), 76-83.
- Taylor-Carter, M. A., & Cook, K. (2005). Adaptation to retirement: Role, changes and psychological resources. *Career Development Quarterly*, 44(1), 67-82. doi: 10.1002/j.2161-0045.1995.tb00530.x
- Van Solinge, H. (2007). Health change in retirement: A longitudinal study among older workers in the Netherlands. *Research on Aging*, 29(3), 225-256. doi: 10.1177/0164027506298223
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatrics fundamental: Saber e praticar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Yogev, S. (2011). *A couple's guide to happy retirement: For better or for worse . . . But not for lunch*. Chicago, IL: Contemporary Books.

ANEXOS

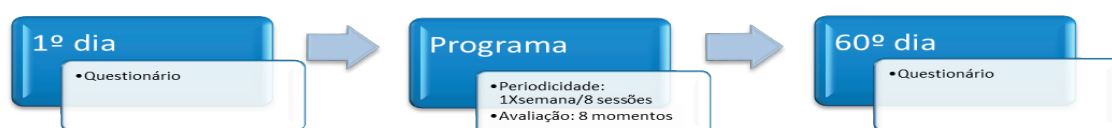
Anexo I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO (3)

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, prof^a adjunta da Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem de Saúde Pública, Familiar e Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, na qualidade de investigadora responsável pelo projeto “*Reforma Ativa*”: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável. (REATIVA), registado na Fundação Ciência e Tecnologia / Ministério da Ciência e Tecnologia do Ensino Superior e Tecnologia (FCT/MCTES) sob a referência PTDC/MHC-PSC/4846/2012, estudo cujo objetivo geral é “Construir um programa de intervenção em saúde promotor da autoeficácia percebida, da autoestima percebida e da resiliência familiar, dirigido a indivíduos e subsistemas conjugais que se encontram numa fase do ciclo vital de meia-idade, e que vivenciam um processo de adaptação à reforma”; vem por este meio solicitar a sua participação neste estudo que foi previamente aprovado Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (CE-UICISA:E) e pela Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Centro (CE-ARSC).

Descrição do procedimento:

A sua participação neste estudo consistirá na frequência de um programa de saúde que visa promover a saúde na passagem à reforma e no preenchimento de dois questionários, um no momento que antecede e outro no que precede o referido programa. A realização desse procedimento ocorrerá num espaço de tempo que mediará 60 dias, com 1 contato semanal, e terá por objetivo: Testar a eficácia de um programa de promoção da saúde dirigido a indivíduos que vivenciam a adaptação à reforma.



Os dados colhidos serão alvo análise por um grupo de investigadores que colaboram no estudo e o resultado desta análise será publicado mantendo o anonimato e a confidencialidade da sua pessoa.

A não participação neste estudo não implicará qualquer tipo de alteração no atendimento ou nos cuidados de saúde, que sua instituição habitualmente lhe fornece.

Assentimento (concordância):

A sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

Assinatura do Participante

Assinatura do Investigador

Data: ___ / ___ / ___

Anexo II – Escala de Autoeficácia Geral Percecionada

Escala de Autoeficácia Geral Percecionada

Versão Portuguesa de Renato Nunes, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1999

Posicione-se nas seguintes afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = De modo nenhum é verdade	2 = Dificilmente é verdade	3 = Moderadamente verdade	4 = Exactamente verdade
------------------------------	----------------------------	---------------------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.				
2	Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.				
3	É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.				
4	Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.				
5	Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.				
6	Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.				
7	Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.				
8	Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.				
9	Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.				
10	Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.				

Anexo III – Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)

Loureiro, Helena (IP REATIVA/ hloureiro@esenfc.pt); Mendes, Aida; Fernandes, Ana; Camarneiro, Ana; Fonseca, António; Veríssimo, Manuel; Carvalho, Madalena; Silva, Margarida; Rodrigues, Rogério; Pedreiro, Ana.

Posicione-se nas afirmações, assinalando de acordo com a seguinte correspondência:

1 = Discordo totalmente	2 = Discordo	3 = Concordo	4 = Concordo totalmente
-------------------------	--------------	--------------	-------------------------

n.º	Afirmação	1	2	3	4
1	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a				
2	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual				
3	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura				
4	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado				
5	Sinto-me em harmonia com a vida atual				
6	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres				
7	O tempo que disponho é utilizado de forma útil				
8	Consigo gerir o stresse no dia-a-dia				
9	Sinto apoio da minha família				
10	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes				
11	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade				
12	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessito				
13	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos				
14	Sei gerir o meu dinheiro				
15	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo				
16	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo				
17	Gosto de mim tal como eu sou				
18	Sinto-me bem				
19	Cuido de mim				
20	Tenho medo de envelhecer				
21	Estou satisfeito com a minha relação conjugal				
22	Quando decido em casal consigo mais e melhor				
23	Na minha relação há diálogo e partilha				
24	Sinto-me bem sexualmente				
25	Sinto que posso contar com os meus filhos				
26	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos				
27	Sinto que os meus netos contam comigo				
28	Os meus netos fazem-me feliz				

Anexo IV – Instrumento de avaliação da Sessão

SESSÃO # - Título

Avaliação da Sessão

	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom
A temática abordada				
A explicitação da temática abordada				
O tempo despendido na sessão				
Qualidade dos materiais				
SUGESTÕES:				

REATIVA - [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]

