

Evolução dos comportamentos e do estado de saúde na passagem à reforma

Evolution of behaviour and health status during transition to retirement
Evolución de las conductas y estado de salud en el período de jubilación

Helena Loureiro*

António Fonseca**

Manuel Veríssimo***

Resumo

A passagem à reforma é um acontecimento de vida de carácter transicional que exige uma inevitável adaptação à mudança (Fonseca, 2011; Meleis, 2010). A evolução dos comportamentos e do estado de saúde que os indivíduos revelam durante esse período são ilustrativos deste facto e traduzem os efeitos que a aquisição deste estatuto lhes poderá suscitar, em termos de saúde. Com a finalidade de conhecer esses efeitos, o presente estudo teve por objetivo descrever a evolução dos comportamentos e do estado de saúde dos indivíduos no período de passagem à reforma. Tratou-se de um estudo de carácter quantitativo, no qual foi aplicado um questionário a 432 indivíduos aposentados há menos de cinco anos. A amostra foi conseguida pelo método de rede e os dados foram analisados recorrendo ao SPSS17.

As evidências revelaram que os inquiridos melhoraram os seus comportamentos em saúde após a reforma. Todavia essa melhoria não se expressou numa correspondente melhoria do estado de saúde (ex. Índice Massa Corporal aumentou em 94,8% dos casos e a patologia crónica em 3,7%, com destaque para o foro psiquiátrico). Concluiu-se que a passagem à reforma apresenta expressivas implicações na saúde dos indivíduos, particularmente naquelas que são as dimensões psicoemocionais desse mesmo estado.

Palavras-chave: envelhecimento; aposentação; saúde.

Abstract

Retirement is a transitional life event which requires an inevitable adaptation to change (Fonseca, 2011; Meleis, 2010). The evolution of behaviour and health status revealed by individuals during this period illustrates this and reflects the effect that this status change may have in terms of health. To understand these effects, we developed a study whose aim was to describe the evolution of behaviour and health status of individuals during retirement. This was a quantitative study, in which a questionnaire was administered to 432 individuals who had been retired for less than five years. The sample was selected by the network method and data were analysed using the SPSS17 program. After retirement, respondents improved their health behaviours, but this improvement was not accompanied by a corresponding improvement in their health status (Body Mass Index increased in 94.8% of cases and the incidence of chronic disease by 3.7%, particularly psychiatric illness). We concluded that retirement has important implications for the health of individuals, particularly in the psychological and emotional dimensions.

Keywords: aging; retirement; health.

* PhD, Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [hloureiro@esenfc.pt].

** PhD, Professor Associado da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa do Porto [afonseca@porto.ucp.pt]

*** PhD, Professor Auxiliar com Agregação da Faculdade de Medicina de Coimbra [mtverissimo@gmail.com].

Resumen

La jubilación es un acontecimiento transicional que exige la experiencia de una adaptación a los cambios (Fonseca, 2011; Meleis, 2010). La evolución de la conducta y del estado de salud, expresado por las personas durante ese período, puede ser ilustrativo de ese fenómeno y reflejar los efectos que esta condición les puede aportar a su salud. El estudio tuvo por objeto describir la evolución del comportamiento y del estado de salud de las personas durante la jubilación. Fue un estudio de carácter cuantitativo, en el cual se aplicó un cuestionario a 432 personas que se jubilaron hace menos de cinco años. La muestra se obtuvo por método de una red y los datos se analizaron utilizando el programa SPSS17. Después de la jubilación los encuestados mejoraron sus hábitos de salud, sin embargo, esta mejora no se tradujo en una mejora significativa de su estado de salud (Índice Masa Corporal aumentó 94,8%; enfermedad crónica aumentó 3,7%, con un énfasis en el foro psiquiátrico). Se concluyó que la jubilación tiene implicaciones significativas en la salud de los individuos, especialmente aquellas que constituyen sus dimensiones psicoemocionales.

Palabras clave: envejecimiento; jubilación; salud.

Recebido para publicação em: 16.02.12

Aceite para publicação em: 28.09.12

Introdução

O envelhecimento traduz uma realidade do desenvolvimento humano cujo percurso permanece conotado de uma forma pouco auspiciosa. Os efeitos biofisiológicos, psicológicos, sociais e ecológicos a este processo associados são em grande parte responsáveis por esta estigmatização. Contudo, ainda que dominante na nossa cultura, esta representação social do envelhecimento tende a modificar-se, e um dos mais evidentes contributos para que esta mudança de paradigma se esteja a verificar é, sem dúvida, o crescente envelhecimento populacional ao qual se assiste nas últimas décadas.

Com efeito, num quadro epidemiológico no qual se vive cada vez mais tempo e em que esse tempo se repercute em acrescidas dificuldades de vivência, o efetivo investimento em medidas que promovam um envelhecimento ativo torna-se cada vez mais premente e, neste sentido, torna-se necessário intervir em acontecimentos de transição que exponham os indivíduos a uma particular fonte de vulnerabilidade.

A aposentação constitui um dos referidos acontecimentos. A sua ocorrência sucede habitualmente no final da meia-idade e o seu desenvolvimento exige um elevado esforço adaptativo à mudança por parte dos seus protagonistas (Melleis, 2010). As evidências empíricas assim o revelam e acrescentam ainda ser, direta ou indiretamente, responsável por diversas alterações nas várias dimensões do processo de envelhecimento humano (Belsky, 2001; Fonseca e Paúl, 2004; Fonseca, 2011).

Desconhecem-se, porém, quais são os efeitos que a referida vivência exerce nos indivíduos em termos de saúde e mais especificamente naquela que é a sua dimensão física. A exígua vigilância de saúde realizada na idade adulta e a inexistência de evidências que revelassem as respostas adaptativas que os indivíduos desenvolvem em saúde durante esta fase transicional foram algumas das premissas que estiveram na base da formulação da questão de investigação:

“Que evolução se verifica nos comportamentos e no estado de saúde dos indivíduos no período de transição para a reforma?”

Quadro teórico

A “passagem à reforma” é construído atribuído ao período de tempo que envolve o processo de adaptação à mudança encetado pelo acontecimento de vida designado de aposentação. Pode ser entendida como um evento, quando associada à descrição de um acontecimento de vida que marca uma etapa do ciclo vital a partir da qual as vivências dos indivíduos se manifestam de forma inevitavelmente diferentes (Belsky, 2001); como um *status*, quando associada à aquisição de um novo estatuto social (Fernández-Ballesteros, 2004) ou; como um processo, por constituir um “acontecimento de vida que implica a ocorrência de fenómenos de transição-adaptação, que se reflectem em termos desenvolvimentais” (Fonseca, 2004, p. 361). Trata-se de um processo de transição que envolve perdas e ganhos, que desencadeia uma perceção ambivalente (sentimentos simultaneamente positivos e negativos) e que, conseqüentemente, se faz acompanhar de algum grau de *stress*, em função da causa e da motivação que estiveram na base da sua ocorrência (Lachman, 2001). Assim, se a passagem à reforma foi desejada e previamente programada, a perceção de stress será à partida menor do que quando comparado com situações em que este evento se processou de forma inesperada e/ou externa à vontade dos indivíduos que a protagonizam (ex. reforma compulsiva, reforma por despedimento). Também a satisfação que detinham relativamente ao trabalho que exerciam e a satisfação com que perspectivavam a “chegada da reforma”, poderão exercer influência na forma como estes se ajustam a esta nova experiência.

Todavia, uma vez instalada (a reforma), o indivíduo passa por diferentes fases de adaptação neste processo de transição. Na perspectiva de Atchley (1996), ainda que não haja um *timing* específico, uma ordem, ou uma obrigatoriedade de experimentar todas elas, os indivíduos que se aposentam passam pela *i*) fase da pré-reforma, na qual, na eminente perspectiva de ocorrência deste acontecimento, começam a fazer a sua despedida do mundo do trabalho e, dependendo do tempo e das expectativas individuais, realizam alguma preparação para esta transição; *ii*) fase da lua-de-mel, na qual tentam colocar em prática todas as expectativas positivas e projetos que tinham interiorizado durante o exercício profissional (ex.: passar a realizar mais exercício

físico, conviver mais com os amigos, viajar); *iii*) fase do desencanto, na qual, na impossibilidade de realizar os projetos idealizados, esta percepção se traduz num certo descontentamento, podendo manifestar-se em estados de impotência e de depressão; *iv*) Fase de estabilidade, quando passam a encontrar estratégias adaptativas que deem resposta a um certo equilíbrio na sua vivência. Mas independentemente do percurso adaptativo que os indivíduos aposentados desenvolvam, “parece consensual (...) que se trata de uma ocorrência que comporta ganhos e perdas e cujo resultado final em termos adaptativos dependerá muito quer de fatores eminentemente individuais (história de vida, saúde, estilo de vida, padrão de ocupação do tempo extra profissional, etc.) quer, da relação do indivíduo com os contextos envolventes (relações de convivência, família, inserção social, etc.)” (Fonseca, 2004, p. 376) e que estes, por sua vez, se poderão manifestar em termos de saúde.

Metodologia

O desenvolvimento do estudo apresentado foi sustentado no paradigma quantitativo, de tipo descritivo correlacional e teve por objetivo descrever a evolução dos comportamentos e do estado de saúde dos indivíduos, no período da “passagem à reforma”. Porque o referido objetivo exigia aceder a auto relatos de recente vivência desta transição, um dos principais critérios de inclusão amostral foi “estar aposentado há menos de 5 anos” e porque a acessibilidade a esses casos se tornava difícil, o processo de seleção adotado foi o método de rede (Figura 1). Para tal, recorreu-se à colaboração de 182 estudantes, a quem, após explicitação dos objetivos do estudo e do tipo de procedimento a adotar, foram entregues 10 exemplares do instrumento de colheita de dados, com respetivo envelope RSF (num total de 1820 questionários distribuídos).

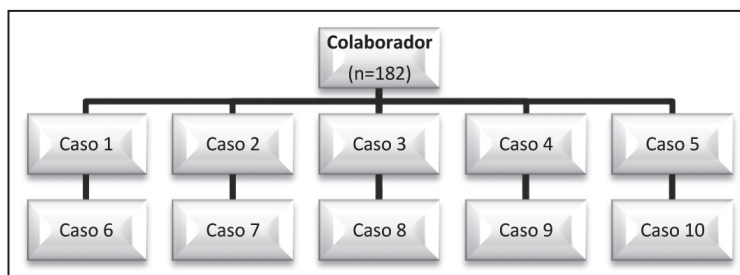


FIGURA 1 – Método de seleção amostral

Com uma taxa de receção postal de 29,3% e com a anulação de 101 instrumentos, por não apresentarem as condições de preenchimento desejadas, a amostra de estudo ficou constituída por 432 casos. O instrumento de colheita de dados permitiu caracterizar os respondentes relativamente à evolução dos comportamentos em saúde [frequência de consultas de vigilância de saúde, regime alimentar adotado diariamente (número de refeições, ingestão de sopa, legumes e saladas, fruta, produtos lácteos, água e bebidas alcoólicas), frequência e tipo de exercício físico adotado, hábitos tabágicos e prática de auto medicação] e à evolução do estado de saúde (índice de massa corporal e diagnóstico de doença crónica). O índice de massa corporal foi determinado com base nos parâmetros de estatura e de peso indicados pelos inquiridos e foram considerados valores de excesso de peso ($\geq 25 < 30$), de obesidade ($\geq 30 < 40$) e de

obesidade mórbida (≥ 40). Os procedimentos éticos e formais foram contemplados em todas as fases do processo de investigação e os dados obtidos foram analisados com o programa SPSS¹⁷, com recurso a medidas estatísticas de tendência central e aos testes Qui-Quadrado, Mann-Whitney, McNemar e Sinais.

Resultados

Os elementos da amostra apresentaram idades compreendidas entre os 44 e os 72 anos ($\bar{x} = 60,5$ anos; $s = 5,48$). O género masculino foi o mais representativo na amostra (masculino = 56,9%; feminino = 43,1%), com uma média de idade superior à do género oposto [masculino ($\bar{x} = 60,7$ anos; $s = 5,42$); feminino ($\bar{x} = 60,1$ anos; $s = 5,54$)]. Relativamente ao estado civil, a maioria dos respondentes (92,6%) era casado

ou vivia em união de facto, e à exceção de 1,6%, que referiu não ter realizado qualquer tipo de frequência escolar, todos os restantes inquiridos mencionaram ser escolarizados (98,4%). Destes, 35,9% frequentou entre 1-4 anos de escolaridade, 13,9% frequentou entre 5-9 anos de escolaridade e, 58,6% frequentou mais de 9 anos de escolaridade. Detentores do grau de licenciatura, responderam 27,7% dos elementos da amostra. Reportando ao nível socioeconómico, 46,1% dos elementos da amostra posicionaram-se num nível médio, a este seguiram-se o nível elevado e o nível baixo, numa correspondência de 31,0% e de 22,9%. A média de idade de “passagem à reforma” foi de 58,3 anos (mínimo= 42 anos; máximo= 71 anos; s= 5,37) e, no momento em que foram inquiridos, 69,0% dos elementos da amostra encontravam-se reformados há mais de 2 anos (\bar{x} =2,1 anos; s=1,48). Os inquiridos aposentaram-se maioritariamente das áreas profissionais de Técnicos e profissionais de nível intermédio (27,8%), de Trabalhadores não qualificados (16,0%), de Pessoal

administrativo e similares (14,8%) e de Pessoal dos serviços e vendedores (13,4%). A idade limite foi o principal motivo de “passagem à reforma”, correspondendo a 56,9% da amostra. A este motivo seguiram-se, outros motivos (28,7%) (ex. idade e tempo de serviço, rescisão por mútuo acordo, perspectiva de diminuição do valor da reforma) e estado de saúde (14,4%) (tendo as patologias do foro cardiovascular e musculoesquelético sido expressas com maior frequência).

Evolução dos Comportamentos em Saúde

A prática de vigilância de saúde adotada pelos elementos da amostra melhorou após a aposentação. A referida melhoria revelou-se estatisticamente significativa, em ambos os géneros [masculino ($\chi^2=17,042$; $p=0,002$); feminino ($\chi^2=83,104$; $p<0,001$)] (Quadro 1). A transição de *setting* de vigilância foi também evidente, passando os centros de saúde a constituírem os locais privilegiados para a sua realização (88,0%).

QUADRO 1 – Evolução do comportamento de vigilância de saúde em função do género.

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

* Teste Exato de Fisher

Com respeito ao regime alimentar adotado, verificou-se uma idêntica tendência de melhoria. Esta evidência resultou do facto de se ter constatado que entre os elementos da amostra: 18,2% passou a adotar uma alimentação mais fracionada; 16,5% e 9,5% passou a incluir com maior frequência a fruta e os legumes e saladas, nas suas refeições; 7,6% aumentou a ingestão hídrica; 8,8% aumentou a ingestão de produtos lácteos e, ainda que; 4,1% dos referidos inquiridos diminuiu

o consumo de bebidas alcoólicas. À exceção do consumo de sopa, no qual a adesão evolutiva verificada se revelou francamente superior no género feminino, em todos os restantes comportamentos alimentares a referida melhoria foi protagonizada pelos elementos masculinos. As evidências foram reveladoras desta assimetria quando se constatou que foi no género masculino que se verificou uma notória melhoria do número de refeições diárias efetuadas ($Z=-5,863$;

$p < 0,001$), um superior aumento do consumo diário de saladas e/ou de legumes ($Z = -4,642$; $p < 0,001$), uma superior melhoria da ingestão diária de fruta ($Z = -7,071$; $p < 0,001$), uma maior ingestão diária de

água ($Z = -3,280$; $p = 0,001$), uma superior diminuição do consumo diário de bebidas alcoólicas ($Z = -4,000$; $p < 0,001$) e uma superior ingestão diária de produtos lácteos ($Z = -4,320$; $p < 0,001$) (Quadro 2).

QUADRO 2 – Evolução do comportamento alimentar em função do género.

Regime alimentar diário	Após-Antes	Género		Total n.º (%)
		Masculino n.º (%)	Feminino n.º (%)	
Nº de refeições	-	5 (24,5%)	4 (18,5%)	9 (42,5%)
	+	49 (27,8%)	34 (19,6%)	83 (46,9%)
		$Z = -5,863$ $p < 0,001$	$Z = -4,820$ $p < 0,001$	$Z = -7,587$ $p < 0,001$
Ingestão de sopa	-	2 (1,5%)	0 (0,0%)	2 (6,0%)
	+	0 (0,0%)	9 (5,0%)	9 (6,0%)
		$Z = -1,144$ $p = 0,157$	$Z = -3,000$ $p = 0,003$	$Z = -2,111$ $p = 0,035$
Ingestão de legumes e saladas	-	2 (15,0%)	0 (0,0%)	2 (19,5%)
	+	27 (15,0%)	23 (12,0%)	50 (26,8%)
		$Z = -4,642$ $p < 0,001$	$Z = -4,344$ $p < 0,001$	$Z = -6,238$ $p < 0,001$
Ingestão de peças de fruta	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
	+	50 (25,5%)	21 (11,0%)	71 (36,0%)
		$Z = -7,071$ $p < 0,001$	$Z = -4,583$ $p < 0,001$	$Z = -8,426$ $p < 0,001$
Ingestão de copos de água	-	10 (21,0%)	0 (0,0%)	10 (24,0%)
	+	31 (21,0%)	17 (9,0%)	48 (30,7%)
		$Z = -3,280$ $p = 0,001$	$Z = -3,758$ $p < 0,001$	$Z = -5,113$ $p < 0,001$
Ingestão de copos de bebidas alcoólicas	-	16 (8,5%)	2 (1,5%)	18 (9,5%)
	+	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
		$Z = -4,000$ $p < 0,001$	$Z = -1,414$ $p = 0,157$	$Z = -4,243$ $p < 0,001$
Ingestão de produtos lácteos	-	7 (21,5%)	0 (0,0%)	7 (28,0%)
	+	35 (21,5%)	13 (7,0%)	48 (28,0%)
		$Z = -4,320$ $p < 0,001$	$Z = -3,606$ $p < 0,001$	$Z = -5,528$ $p < 0,001$

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

Relativamente à modalidade de exercício físico adotada, verificou-se que a prática simultânea de mais do que uma modalidade esteve presente em ambos momentos avaliados; algumas modalidades anteriormente praticadas foram abandonadas (ex. yoga, vólei) e outras passaram a ser adotadas (ex. cardiovascular); a caminhada, a hidroginástica e a ginástica foram as modalidades desportivas mais praticadas pelos inquiridos, nos dois momentos em avaliação (Gráfico 1).

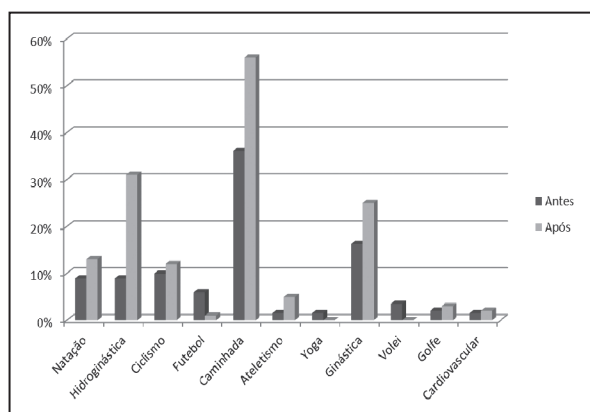


GRÁFICO 1 – Modalidade de exercício físico praticada antes e após a reforma.

A percentagem de fumadores diminuiu em 3,2%, após a aposentação. Esse decréscimo ficou a dever-se na sua totalidade aos elementos do género masculino (5,7%), uma vez que no feminino não se verificou qualquer caso com idêntico comportamento. No que diz respeito à de quantidade de consumo diário, também não se verificou qualquer alteração adotada por parte dos elementos do género feminino. O mesmo já não

sucedeu com o género oposto uma vez que, ainda que se tivesse verificado um aumento de consumo de 3,5%, em 14,0% constatou-se uma diminuição do número diário de cigarros fumados.

Evolução do Estado de Saúde

Os diagnósticos de hipertensão arterial e de diabetes mellitus foram os que mais se evidenciaram na amostra, nos dois momentos em avaliação (Quadro 3).

QUADRO 3 – Distribuição dos diagnósticos de doença crónica, antes e após a passagem à reforma, em função do género.

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

Foi no género feminino que se verificou a maior incidência de patologia crónica, após a aposentação, tendo esse fenómeno ficado a dever-se ao diagnóstico de diabetes mellitus (+ 8 casos). A incidência de patologia do foro psiquiátrico também se fez manifestar com elevada expressão, mas desta vez tendo sido mais notório nos elementos do género masculino (75% dos casos).

Mais de metade da amostra apresentou um Índice de Massa Corporal (IMC) superior ao valor da

“normalidade” (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2005) [antes da reforma (78,7%); após a reforma (80,1%)]. Após a aposentação essa evidência foi mais notória no género masculino, pelo aumento de casos de “excesso de peso” (7,7%) e de “obesidade mórbida” (1,2%). O estudo de evolução do IMC em função do género (Quadro 4) veio confirmar esses resultados quando apresentou uma média superior dos postos positivos no género masculino (masculino=53,9%; feminino=40,8).

QUADRO 4 – Evolução do IMC em função do género.

IMC	Após-Antes	Género		Total n.º (%)
		Masculino n.º (%)	Feminino n.º (%)	
Peso/Altura ²	-	13 (3,0%)	10 (2,3%)	23 (5,3%)
	+	233 (53,9%)	176 (40,8%)	409 (94,7%)
		Z=-,12,148 p<0,001	Z=-10,900 p<0,001	432 100,00%

Discussão

De uma forma global, verificou-se que os inquiridos passaram a adotar melhores comportamentos em saúde após a passagem à reforma. A maior frequência de consultas de vigilância de saúde, a adoção de práticas mais saudáveis em termos de regime alimentar, o aumento da realização de exercício físico e o decréscimo do consumo tabágico foram ilustrativos deste facto e, em certa medida, vieram revelar que este acontecimento de vida poderá ter exercido um efeito promotor na sua saúde. Ainda assim, foi possível verificar que existiriam algumas diferenças de comportamento entre os géneros e a análise das mesmas constituiu uma importante fonte de informação por forma a adequar as estratégias de uma futura intervenção em saúde.

Relativamente à vigilância de saúde, considerando que por característica própria a mulher é, em si mesmo, uma utilizadora mais frequente dos serviços de saúde (Stanhope e Lancaster, 1999) e ainda que sendo a função cuidar da saúde uma das que habitualmente lhe é atribuída em termos de sistémica familiar (Wright e Leahey, 2005); a supremacia desta prática relevada por este género (em ambos os momentos em avaliação) não constituiu assim uma surpresa. O mesmo já não se pôde afirmar relativamente ao facto

dos indivíduos do género masculino terem passado a realizar com maior frequência estas consultas, uma vez que a sua elevada auto percepção de saúde os leva a evitar a procura destes serviços (Vintém, 2008). A maior disponibilidade de tempo para o auto cuidado, a consciência de se estar a viver uma fase mais avançada de envelhecimento e a acrescida probabilidade de manifestação de sintomatologia poderão ter sido alguns determinantes desta maior procura.

Quanto à evolução do regime alimentar, ainda que se tenha constatado uma melhoria global deste comportamento, a diferenciação de práticas entre os géneros foi evidente. Tome-se por exemplo a diferenciação que se observou em termos de consumo de bebidas alcoólicas. Ainda que os padrões do referido comportamento se estejam a modificar, isto é o consumo efetuado pelas jovens está a igualar-se ao do género oposto (World Drink Trends, 2006), na geração em estudo este consumo foi sempre maioritariamente protagonizado pelo género masculino e, tal como ainda hoje, mais frequentemente em contextos sociais. Os resultados obtidos no presente estudo identificaram-se com esta última descrição, quando se verificou que o género masculino liderou o consumo destas bebidas, isto ainda que no segundo momento tenha sido neste mesmo grupo que se assistiu a um maior decréscimo de ingestão. A razão

desta maior mudança de comportamento, verificada no género masculino, muito provavelmente terá estado relacionada com o afastamento social a que estiveram sujeitos estes indivíduos. Com a diminuição das situações de oportunidade deste consumo, a passagem à reforma parece ter exercido então um efeito promotor da saúde. Todavia, ainda que tal mudança tenha exercido efeitos positivos em termos de saúde física, o referido afastamento social poderá ter ocasionado a perceção de isolamento e solidão cujo efeito poderá ter colocado em causa outras dimensões desse mesmo estado. Com esta afirmação não se pretende abonar em favor desta prática, mas ter-se-á de reconhecer que na nossa cultura o ato de beber permanece associado ao convívio em sociedade.

A prática de exercício físico foi outro dos comportamentos de saúde no qual a amostra passou a demonstrar significativas melhorias. A mudança de atitude verificada nesta faixa etária veio revelar que, se no passado a realização de exercício físico era habitualmente reservada para as gerações mais novas, nos anos mais recentes a adoção deste comportamento começa a generalizar-se em todas as faixas etárias e daí resultarem maiores ganhos em saúde pública. As evidências do presente estudo confirmaram esta mudança e não só foi possível verificar que os indivíduos desta faixa etária se revelaram mais determinados a aderir a este comportamento como também se predispuseram a experimentar novas modalidades que nesta área se pudessem oferecer (ex. treino cardiovascular). Um outro resultado, cuja análise remete para alguma reflexão, foi a elevada adesão demonstrada pela amostra relativamente à prática de caminhada. Ainda que constitua uma fonte de benefício em saúde, será importante fazer notar que tal como nas outras formas de exercício, também nesta se torna necessário efetuar um correto acompanhamento da sua prática. Faz-se esta afirmação porque, ainda que pareça inócua, da sua inadequada prática poderão resultar efeitos indesejados para o estado de saúde e no sentido de os prevenir será necessário tomar algumas precauções. Na verdade, sendo nesta faixa etária bastante elevada a probabilidade de efetuar uma fratura (originada pelo uso de calçado desajustado e/ou pela utilização de percursos pedonais inadequados, que poderá ser agravado por estados de osteoporose), de suceder um quadro de hipoglicemia aguda (originada por

um esforço intenso sem reposição de calorias, que algumas vezes se faz acompanhar pelo diagnóstico de diabetes que é frequente nesta faixa etária), de acidentes vasculares (originada por uma subida de pressão arterial que muitas das vezes se faz acompanhar de processo de dislipidemia, já latentes) ou de ocorrerem outros problemas, esta prática poderá então expor os indivíduos a um elevado risco de alteração do seu estado de saúde, sem que nunca tenham sido alertados para tal. Será então importante que os profissionais de saúde não se cinjam apenas a aconselhar a prática de exercício físico, mas que tenham igualmente em conta a existência de alguns fatores controversos à sua prática, para os quais também estes indivíduos deverão ser alertados. Neste sentido, fornecer indicações adequadas a cada modalidade e específicas ao estado de estado de saúde individual (Loureiro e Veríssimo, 2009), serão também medidas promotoras de saúde.

No que diz respeito ao consumo tabágico e ainda que seja considerado como um dos comportamentos que maior resistência oferece em termos de mudança (Carvalho *et al.*, 2003), também com a passagem à reforma se verificou uma significativa melhoria desta prática. O facto das evidências empíricas terem revelado que no género masculino se verificou uma mudança mais significativa neste comportamento (tanto pela diminuição da quantidade de consumo como pelo abandono que alguns destes indivíduos passaram a adotar em relação a esta prática), fez notar que a prevalência deste consumo no género feminino estará associado a outros fatores que não apenas ao *stress* laboral fatores esses que carecem de mais aprofundada investigação.

Relativamente à evolução do estado de saúde e, mais concretamente no que diz respeito à evolução do diagnóstico de doença crónica, a maior incidência verificada após a passagem à reforma poderá ter estado relacionada com o simples facto de ter aumentado a frequência de consultas de vigilância de saúde. Na verdade, muito provavelmente alguns dos inquiridos já seriam portadores de patologia mas só quando passaram a efetuar exames complementares de diagnóstico, tomaram consciência desse seu estado de saúde. Quando se realiza esta afirmação está-se a reportar de uma forma particular aos diagnósticos de diabetes mellitus e de hipertensão, cuja incidência é frequente na meia-idade e cuja manifestação se poderá manter silenciosa por longos anos (Portugal.

Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2007). Quanto aos valores do índice de massa corporal, os resultados vieram uma vez mais corroborar a tendência de obesidade que persiste nesta faixa etária (Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde, 2005). A adoção de comportamentos e de estilos de vida menos saudáveis, frequentemente observados na idade adulta (ex. erros alimentares e sedentarismo), poderão ter sido fomentadores desta situação. Quanto ao facto destes valores terem aumentado após a reforma, mesmo tendo passado a adotar melhores práticas em saúde (ex. melhores práticas alimentares, mais exercício físico), este dado veio dar corpo à ideia de que, para resultarem, as práticas de saúde devem ser adotadas o mais precocemente possível (Loureiro e Veríssimo, 2009).

Conclusão

Decorrentes da análise anterior, três ideias major emergiram. A primeira reportou-se ao facto dos resultados deste estudo não terem ido ao encontro da perspectiva da passagem à reforma constituir um acontecimento de vida passível de provocar um impacto negativo na saúde física dos indivíduos. Pelo contrário, num período subsequente a esta vivência, pela libertação do cansaço e da pressão que o exercício profissional lhes poderia causar, pela maior disponibilidade de tempo para o autocuidado e/ou pela maior consciencialização da fase de desenvolvimento em que se encontram, os inquiridos passaram a adotar comportamentos mais adequados em termos de práticas de saúde. A segunda reportou ao facto de que, embora se tenha verificado uma significativa melhoria dos referidos comportamentos, o estado de saúde física dos inquiridos piorou (o que, uma vez mais, veio dar relevo ao facto dos anteriores resultados não terem estado ligados ao fenómeno de transição em estudo, mas, sim, ao processo de envelhecimento físico que inevitavelmente acompanha o desenvolvimento humano. Por último, a terceira ideia remeteu para o facto de ainda que não se tenha constatado uma significativa alteração no estado de saúde física destes indivíduos, o mesmo já não sucedeu com relação à dimensão psicoemocional dos mesmos, uma vez que nesta se verificou uma notória fragilidade (Loureiro, 2011). Assim, quando “na procura permanente da excelência

no exercício profissional, ajudam os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 12), os Enfermeiros deverão orientar os indivíduos e famílias nos seus processos de envelhecimento e, mais especificamente, nos efeitos em saúde que a transição agora estudada lhes possa vir a suscitar.

Referências Bibliográficas

- ATCHLEY, R. (1996) - Retirement. In BIRREN, J. - *Encyclopaedia of gerontology*. San Diego : Academic Press. Vol. 2, p. 423-454.
- BELSKY, J. (2001) - *Psicología del envejecimiento*. Madrid : Paraninfo.
- CARVALHO, A. [et al.] (2003) - *Álcool, tabaco e jogo: do lazer aos consumos de risco*. Lisboa : Quarteto.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2004) - *Gerontologia social*. Madrid : Ediciones Pirámide.
- FONSECA, A. M. (2004) - *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa : Universidade Católica Editora.
- FONSECA, A. M. (2011) - *Reforma e reformados*. Coimbra : Almedina.
- FONSECA, A. M. ; PAÚL, C. (2004) - Saúde percebida e “passagem à reforma”. *Psicologia Saúde & Doenças*. Vol. 5, nº 1, p. 17-29.
- LACHMAN, M. (2001) - *Handbook of midlife development*. New York : John Wiley.
- LOUREIRO, H. M. (2011) - *Cuidar na “Entrada na Reforma”: uma intervenção conducente à promoção da saúde de indivíduos e de famílias*. Universidade de Aveiro : [s.n.]. Tese de doutoramento.
- LOUREIRO, H. M. ; VERÍSSIMO, M. T. (2009) - Entrada na reforma: que interferências no estado de saúde? *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, nº 10. Suplemento Actas e Comunicações II Congresso de Investigação em Enfermagem, p. 135. Disponível em WWW: <URL: [http://www.esenfc.pt/tr/tr/index.php?id_website=3&target=DetalhesEdicao&id_artigo=2273&pesquisa=II Congresso de Investigação](http://www.esenfc.pt/tr/tr/index.php?id_website=3&target=DetalhesEdicao&id_artigo=2273&pesquisa=II%20Congresso%20de%20Investiga%C3%A7%C3%A3o)> .
- MELEIS, A. (2010) - *Transitions theory: middle range and situation specific theories in research and practice*. New York : Springer Publishing Company.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) - *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa : Grafinter.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2005) - *Circular Normativa n.º 03/DGCG. Programa Nacional de Combate à Obesidade*. Lisboa : DGS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2007) - *Circular Normativa n.º 23/DSCS/DPCD. Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa : DGS.
- STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. (1999) - *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e*

indivíduos. 4ª ed. Lisboa : Lusociência.

VINTÉM, J. (2008) - Inquéritos nacionais de saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno do questão de género e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 26, nº 2, p. 5-16.

WRIGHT, L. ; LEAHEY, M. (2005) - *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 4ª ed. Philadelphia : F.A.

Davis Company.

WORLD DRINK TRENDS (2006) - *World Drink Trends 2005*. London : Institute of Alcohol Studies. [Consult. 2 Abr. 2012]. Disponível em WWW:< URL:<<http://www.ias.org.uk/index.html>>.