

SAÚDE PERCEBIDA E “PASSAGEM À REFORMA”*

António M. Fonseca**¹ & Constança Paúl²

¹Universidade Católica Portuguesa de Lisboa

²Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

RESUMO: A “passagem à reforma” é um processo complexo por meio do qual os indivíduos abandonam a vida profissional. Uma das formas possíveis de abordar a complexidade deste acontecimento é tomá-lo como uma transição de vida envolvendo mudança e adaptação e susceptível de produzir stress. Na procura de uma compreensão mais apurada do impacto da “passagem à reforma” na saúde percebida dos indivíduos que se reformam, realizámos um estudo comparativo entre 50 indivíduos reformados e 50 indivíduos não reformados – em ambos os casos, 25 homens e 25 mulheres –, vivendo nas suas residências no norte e centro de Portugal. Os indivíduos reformados encontravam-se nessa situação há pouco tempo (menos de um ano) e os indivíduos não reformados eram trabalhadores a tempo inteiro. O instrumento usado para avaliação foi uma versão do “Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico”, retirado do “Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento”. Os resultados mostram não haver diferenças relevantes entre indivíduos reformados e não reformados acerca da percepção que têm da respectiva saúde. No entanto, os indivíduos reformados queixam-se mais acerca da saúde nos meses seguintes à “passagem à reforma”, enquanto as queixas dos indivíduos não reformados remontam a um período de tempo mais longo.

Palavras chave: Adaptação, “Passagem à reforma”, Saúde.

PERCEIVED HEALTH AND RETIREMENT TRANSITION

ABSTRACT: Abstract-Retirement is a complex process by which individuals withdraw from full-time participation in a job. We can approach the complexity of the retirement process taking it as a life transition involving change and adaptation that may produce stress. In search for a better understanding of retirement transition impact in perceived health, a comparative study was made between 50 retired persons and 50 non-retired persons – in both cases, 25 men and 25 women – residing in their home in the north and centre of Portugal. The retired individuals were recently retired (less than one year) and the non-retired individuals were full-time workers. The instrument used for evaluation was a version of the “Self-Reported Health Questionnaire”, taken from “The European Survey on Aging Protocol” (ESAP). The results show that there are no relevant differences between retired and non-retired concerning self-reported health. However, retired individuals complain more about health in the months after retirement (coincident with the new retirement condition), while full-time workers complain about health over a long period.

Key words: Adaptation, Health, Retirement transition.

Um conceito básico relativo ao desenvolvimento na vida adulta e velhice segundo uma perspectiva de ciclo de vida refere-se ao progressivo aumento das diferenças inter-individuais em várias dimensões do funcionamento humano,

* Este estudo foi realizado com o apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PRAXIS XXI/BD/18053/98) e apresentado no Vth European Congress of Gerontology (Barcelona, 2-5 Julho, 2003).

** Contactar para E-mail: afonseca@porto.ucp.pt

incluindo a saúde (Aldwin, Spiro, Levenson, & Cupertino, 2001). Assim, enquanto alguns indivíduos mostram apenas pequenas variações de saúde até uma fase bastante tardia da existência, outros, pelo contrário, manifestam logo desde a meia-idade alterações de saúde bastante significativas, com implicações ao nível do seu bem estar físico e psicológico. Entre uma situação e outra, podemos encontrar *trajectórias de saúde* diversificadas, configurando padrões de evolução do estado de saúde geral do indivíduo adulto e idoso (Figura 1).

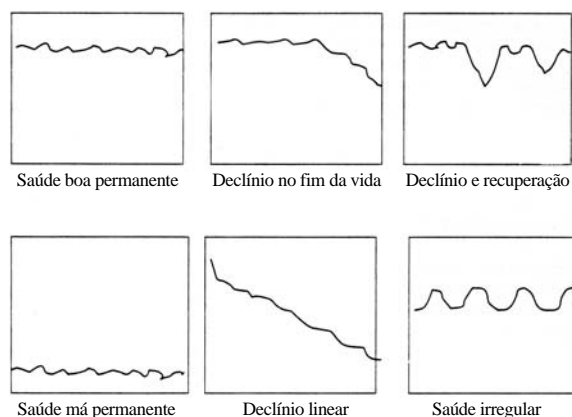


Figura 1. Padrões de trajectórias de saúde na idade adulta e velhice (Clipp, Pavalko, & Elder, 1992, conforme adaptado por Aldwin et al., 2001, p. 451)

Há diversas razões que ajudam a explicar a origem destas variações. Para além dos efeitos biológicos naturalmente associados ao processo de envelhecimento, aspectos como a influência da personalidade, os comportamentos (estilo de vida) e a acção do contexto, são dimensões que interferem na saúde de cada indivíduo, determinando em larga medida as respectivas trajectórias de saúde (Paúl & Fonseca, 2001). Numa perspectiva de ciclo de vida, porém, para além destes factores deve ser igualmente levado em conta o papel que as situações de transição inerentes ao percurso desenvolvimental ao longo da vida (como alterações na vida conjugal, o nascimento de um filho ou a reforma) desempenham quer na saúde real, quer na saúde percebida, dos indivíduos adultos e idosos.

Note-se, porém, que muitas vezes torna-se difícil estabelecer uma relação clara entre um dado acontecimento de vida e o respectivo impacto sobre a saúde, não sendo fácil distinguir entre os efeitos que podem ser atribuídos ao acontecimento e os efeitos decorrentes de outras variáveis que agem em simultâneo. No que diz respeito à reforma, designadamente, é frequente encontrar estudos que não têm em atenção a diferenciação que, ao nível dos efeitos sobre a saúde, convém fazer entre duas situações: a reforma como uma *transição* e a reforma como um *estado*. Para Bossé, Aldwin, Levenson, e Workman-Daniels (1991), os efeitos stressantes da reforma sobre a saúde podem ter uma interpretação substancialmente diferente se forem lidos à luz de uma reacção recente à reforma ou se, pelo contrário, os lermos no quadro de uma situação

de vida já há muito devidamente “instalada” na reforma. Assim, no primeiro caso, o stresse experimentado por reformados recentes (desde há um ano, nomeadamente) pode, com efeito, induzir estados de saúde percebida e de saúde real efectivamente correlacionados com essa situação de transição, ao passo que no segundo caso o facto de se estar reformado há já algum ou mesmo há bastante tempo acaba provavelmente por não constituir uma variável de correlação significativa com a saúde percebida ou com outros indicadores mais objectivos, sendo bem mais relevante a acção de factores inerentes ao acto de envelhecer que acompanha a condição de reformado (Bossé et al., 1991).

Não obstante estas diferenças de análise, não restam dúvidas que a saúde é claramente um importante recurso adaptativo para os reformados, independentemente da sua origem social, cultural e económica, ganhando um papel cada vez elevado à medida que a idade avança. No que diz respeito, designadamente, à “passagem à reforma”, Ekerdt (1987) considera que prevalece uma tendência para se encarar a entrada na reforma como um acontecimento susceptível de provocar um impacto negativo na saúde dos indivíduos, tendência essa que encontra a sua origem quer numa visão de senso comum (de que é porventura exemplo o ditado “o trabalho dá saúde”), quer numa visão de “celebração da importância do trabalho”, alimentando uma série de expectativas negativas acerca da transição para um estado de “inactividade”, logo potencialmente gerador de doenças e de mal-estar físico e psicológico. A verdade é que as pesquisas que têm sido efectuadas reportando-se aos efeitos directos da reforma no estatuto de saúde individual apresentam resultados contraditórios e difíceis de sumariar, muito embora dados recentes apontem no sentido de não se encontrar uma correlação directa entre “passagem à reforma” e empobrecimento de saúde, pelos menos nos anos iniciais de reforma. Disso são exemplo os dois estudos que passamos a descrever.

Nos Estados Unidos, no âmbito do “The Kaiser Permanent Retirement Study”, Midanik, Soghikian, Ransom, e Tekawa (1995) efectuaram um estudo comparativo entre 320 indivíduos reformados e 275 indivíduos não reformados, com idades compreendidas entre os 60 e os 66 anos, para avaliar dimensões relativas quer à saúde física e mental percebidas, quer a hábitos de vida, não tendo encontrado quaisquer diferenças entre os dois grupos, seja em medidas de saúde percebida, seja em medidas como depressão, consumo de álcool e tabaco, entre outras. Os autores do estudo concluem sublinhando a importância de se avaliar não os potenciais aspectos negativos mas, antes, os benefícios positivos associados à reforma, procurando compreender em que medida esses benefícios persistem ao longo do tempo. É nesse sentido que vai o estudo realizado na Suécia por Andersson (2002), a partir de dados estatísticos recolhidos através do “Inquérito Nacional de Condições de Vida” junto de cerca de 18.000 indivíduos com idades compreendidas entre os 45 e os 84 anos. O autor analisou esses dados em 1988-1989 e em 1994-1997, tendo constatado que o nível de saúde percebida nos indivíduos reformados se mantinha bastante homogéneo nos dois momentos de

observação ou inclusive melhorava, como se os indivíduos reformados gozassem cada vez mais de uma cada vez melhor condição de saúde.

No que diz respeito aos efeitos da reforma sobre a saúde mental dos indivíduos, Barreto (1984) considera ser muito difícil extrair conclusões dos resultados das pesquisas até então publicadas, dado terem sido realizadas em condições muito diversas e sem uniformidade de critérios. Onze anos mais tarde, Midanik et al. (1995) são exactamente da mesma opinião: “The literature on retirement and mental health is confusing and difficult to summarize. Mental health indices reported in the literature range from major psychiatric disorders to lowered morale” (p. S60-S61). Assim, enquanto alguns desses estudos concluem “que não há fundamento para se poder afirmar que a reforma tem efeitos negativos sobre a saúde em geral, e a saúde psíquica em particular” (Barreto, 1984, p. 151), outros estudos consideram mesmo que “é mais frequente a perturbação psíquica preceder a reforma que o contrário” (p. 151), o que leva o autor a concluir, pois, que “tratando-se de uma transição que comporta ganhos e perdas, o resultado final depende muito da personalidade e de outras circunstâncias individuais; se [a reforma] pode, para algumas pessoas, constituir um motivo de “stress”, com a maioria isso não acontece” (Barreto, 1984, p. 151).

A esta luz, Barreto (1984) considera ser complexa a relação entre perturbação psíquica e reforma, “por certo não redutível a formulações globais em termos de causalidade directa num ou noutro sentido” (p. 336). Assim, quando o indivíduo padece de situações de deterioração mental precoce, a “passagem à reforma” pode ser mais uma consequência do que uma causa das alterações psíquicas, mas também é certo que em alguns indivíduos pode suceder o processo inverso, ou seja, muitos homens (sobretudo) assinalam o início das suas perturbações (geralmente de tipo neurótico ou depressivo) numa ocasião posterior à reforma. A partir dos dados por si recolhidos, o autor afirma que “a reforma parece ter um papel importante nos homens, na génese de situações de neurose tardia e depressão, e que em tal processo estão talvez implicadas a dependência económica a que o reformado fica eventualmente sujeito, em relação a terceiras pessoas, e a diminuição dos contactos com outrem ao longo do dia” (Barreto, 1984, p. 337). Comparando os indivíduos idosos que ainda exercem a sua profissão com os que já se encontram reformados, estes últimos tendem a apresentar com maior frequência doença física, redução de mobilidade e perturbações psíquicas, sendo este facto particularmente acentuado no sexo masculino. Dado que na amostra considerada era pequeno o número de mulheres que ainda trabalhavam, foi difícil avaliar a importância deste factor relativamente ao sexo feminino, mas a tendência geral ia no mesmo sentido: “encontra-se ‘ânimo elevado’ com frequência significativamente superior, em ambos os sexos, nos indivíduos com profissão” (Barreto, 1984, p. 336). O autor adverte, no entanto, que esta ideia só poderá ser efectivamente comprovada através de um estudo longitudinal ou sequencial, observado os mesmos indivíduos antes e depois da cessação da actividade profissional.

As trajetórias desenvolvimentais de saúde psicológica foram também recentemente examinadas por Jones e Meredith (2000) junto de uma amostra de 236 adultos entre os 14 e os 62 anos, através de um “Índice de saúde psicológica”, tendo sido constatado que a saúde psicológica apresentava um crescimento sustentado entre os 30 e os 62 anos. Os autores verificaram, porém, que há períodos do ciclo de vida em que a saúde psicológica dos indivíduos pode declinar, temporária ou permanentemente, devido à orientação (ou re-orientação) de si mesmos para novos papéis e responsabilidades, constituindo o período de entrada na reforma um desses momentos (Jones & Meredith, 2000).

À luz destes dados, válidos quando tomados isoladamente mas inconclusivos no seu conjunto, parece-nos fazer sentido analisar com mais detalhe a percepção que os indivíduos fazem do seu estado de saúde (geral ou psicológica) face ao acontecimento da reforma, analisando concretamente a influência da “passagem à reforma” sobre a saúde percebida em indivíduos recém-reformados.

MÉTODOS

Participantes

Para satisfazer o objectivo da investigação, realizámos um *estudo comparativo de avaliação da saúde percebida* junto de uma amostra de 100 indivíduos (50 reformados e 50 não reformados), autónomos e residentes em suas casas nas Regiões Norte e Centro do país, com idades compreendidas entre os 50 e os 70 anos, igualmente distribuídos por ambos os sexos e heterogéneos quanto a escolaridade, estado civil e local de residência (Quadro 1). No essencial, importa reter que metade da amostra é constituída por recém-reformados (até um ano de reforma) e a outra metade por indivíduos em pleno exercício de funções profissionais (a tempo inteiro).

Quadro 1

Avaliação da saúde percebida em indivíduos recém-reformados: Caracterização da amostra

Reformados		Não reformados
Homens 50%	Sexo	Homens 50%
Mulheres 50%		Mulheres 50%
<i>M=59,4 anos; DP=4,63</i>	Idade	<i>M=57,1 anos; DP=3,33</i>
Casado 84%	Estado civil	Casado 86%
Outro 16%		Outro 14%
Básica 46%	Escolaridade	Básica 52%
Secund. 24%		Secund. 28%
Sup. 30%		Sup. 20%
Urbana 14%	Local de residência	Urbana 14%
Semi-Urb. 46%		Semi-Urb. 54%
Rural 40%		Rural 32%

Material

A todos os sujeitos foi administrado o *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico*, com o objectivo de avaliar as diferenças nos índices de saúde percebida entre os dois grupos e inferir, a partir daí, uma eventual influência da “passagem à reforma” na saúde percebida dos indivíduos que entretanto se haviam reformado. O *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico* foi por nós elaborado a partir dos itens inscritos no “Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento” (Paúl, Fonseca, Cruz, Cerejo, & Valença, 1999), o qual se constitui como a adaptação portuguesa do “The European Survey on Aging Protocol – ESAP” (Fernández-Ballesteros, Schroots, & Rudinger, s/d), instrumento utilizado em alguns países europeus no âmbito de um estudo piloto sobre envelhecimento humano.

O *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico* é composto por 29 questões de escolha múltipla e de resposta fechada, versando os seguintes indicadores relativos à saúde e ao estilo de vida: (i) Saúde física, (ii) Actividade física e mental, (iii) Condição física, (iv) Sono, (v) Audição, (vi) Visão, (vii) Consumo de tabaco, (viii) Consumo de álcool.

Trata-se, em nossa opinião, de um instrumento capaz de avaliar convenientemente a saúde percebida dos indivíduos, quer em termos da sua eventual correlação com a situação de transição que a “passagem à reforma” representa, quer em termos da competência associada ao processo de envelhecimento.

RESULTADOS

Apresentaremos os resultados deste estudo em dois momentos:

- num primeiro momento privilegiamos uma análise comparativa (por aplicação do teste de *t de student*) entre os dois grupos (reformados e não reformados), seguindo passo a passo as dimensões avaliadas pelo *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico*;
- num segundo momento operamos uma análise “intra-grupo” relativa aos indivíduos reformados, mediante a aplicação de uma análise de variância a três variáveis independentes distintas: género, escolaridade, local de residência.

Análise comparativa entre grupos

Saúde física

Não se diferenciado entre si, os indivíduos reformados e não reformados desta amostra consideram, em média, que a sua *saúde física* é “Aceitável” (Reformados=2,8; Não Reformados=2,7, sendo que 2 corresponde a “Saúde Boa” e 3 corresponde a “Saúde Aceitável”), não existindo diferenças do nível de saúde física actualmente experimentado quando comparado tanto com o

nível do ano passado, como com o nível experimentado pela maioria das pessoas da mesma idade e do mesmo sexo.

Porém, quando interrogados sobre a existência de algum(ns) problema(s) de saúde que interfira(m) de alguma forma com as suas actividades diárias, apesar da maioria das respostas ser tendencialmente negativa, os indivíduos não reformados referem mais frequentemente do que os reformados sofrerem de alguns desses problemas de saúde, embora a diferença entre os grupos não seja significativa (Reformados=1,2; Não Reformados=1,4, sendo que 1 corresponde a “Não” e 2 corresponde a “Sim”).

Entretanto, olhando apenas para os indivíduos (reformados e não reformados) que dizem sofrer de tais problemas de saúde, a altura do aparecimento desses problemas nos reformados situa-se, em média, há um ano, ao passo que nos não reformados trata-se de problemas que surgiram há já bastante tempo, sendo aqui já significativa a diferença que se verifica entre os dois grupos com os reformados com uma média $M=11,5$ meses ($DP=5,7$) e os não reformados $M=70,3$ meses ($DP=15,3$), ($t(98)=3,58$, $p<0,001$).

Condição física

Em linha com a dimensão “saúde física”, os grupos não se diferenciam entre si quanto à *condição física*: reformados e não reformados consideram, em média, que a sua condição física é “Aceitável” (Reformados=3,0; Não Reformados=2,8, sendo que 2 corresponde a “Condição Física Boa” e 3 corresponde a “Condição Física Aceitável”). Também não existem diferenças da condição física actual quando esta é comparada com a do ano passado ou com a experimentada pela maioria das pessoas da mesma idade e do mesmo sexo.

Actividade física e mental

Não se verificam diferenças significativas entre a *actividade física* desenvolvida por reformados e não reformados durante os últimos meses, mantendo-se constante quer em termos da descrição do tipo de actividade desenvolvida (oscilando entre a “actividade física ligeira” e o “exercício moderado”), quer em termos da exigência dessa actividade (“moderadamente exigente”). O mesmo já não se passa, contudo, relativamente à *actividade mental*. Assim, enquanto os reformados descrevem a sua actividade mental como oscilando entre o “pouco exigente” e o “moderadamente exigente”, os não reformados descrevem-na entre o “moderadamente exigente” e o “muito exigente”, com diferenças significativas entre os dois grupos com os reformados com uma média $M=2,6$ ($DP=0,7$) e os não reformados $M=1,6$ ($DP=0,6$), ($t(98)=5,21$, $p<0,0001$).

Sono

Não se diferenciado entre si, os indivíduos reformados e não reformados desta amostra afirmam, tendencialmente, não terem na actualidade qualquer *problema de sono* a afectá-los. Contudo, um olhar mais atento à minoria que

afirma ter actualmente algum problema de sono, permite-nos constatar (embora a diferença entre grupos não seja significativa do ponto de vista estatístico) que, entre os reformados, esse problema surgiu, em média, há 14 meses, enquanto nos não reformados esse problema surgiu, em média, há 21 meses.

Audição

Neste campo verificam-se diferenças significativas entre reformados e não reformados, com os primeiros a descreverem a sua *audição* mais positivamente que os segundos com os reformados com uma média $M=2,3$ ($DP=0,8$) e os não reformados $M=2,7$ ($DP=0,9$), ($t(98)=2,22$, $p<0,03$).

Visão

Quanto à *visão*, os indivíduos reformados e não reformados da amostra não se diferenciam entre si e consideram, em média, que a sua capacidade de visão é “Aceitável” (Reformados=3,1; Não Reformados=3,1, sendo que 3 corresponde a “Visão Aceitável”). Também não existem diferenças da capacidade de visão quando comparada com essa mesma capacidade experimentada pela maioria das pessoas da mesma idade e do mesmo sexo, mas já quando se compara essa capacidade com a percebida no ano passado, os não reformados referem mais do que os reformados (numa diferença próxima da significância) que a sua actual capacidade de visão é agora “um pouco pior do que há um ano”.

Consumo de tabaco

Os indivíduos reformados e não reformados não se diferenciam entre si, apresentando globalmente o mesmo padrão de comportamento face ao *consumo de tabaco*: a maioria ou nunca fumou ou já fumou e entretanto parou. Dos indivíduos que continuam a fumar, quer reformados quer não reformados apresentam o mesmo consumo de tabaco que há um ano.

Consumo de álcool

Na amostra considerada, há diferenças significativas entre reformados e não reformados quanto ao *consumo de álcool*, ou seja, os não reformados bebem mais frequentemente ($M=2,5$, $DP=0,9$) do que os reformados ($M=2,1$ ($DP=1,0$), ($t(98)=2,20$, $p<0,03$).

No entanto, quer reformados quer não reformados, dizem apresentar agora mais ou menos o mesmo consumo de bebidas alcoólicas que há um ano.

Em suma, as conclusões que podem ser retiradas da *comparação de dados entre grupos* (reformados *versus* não reformados), são as seguintes:

- ambos os grupos, reformados e não reformados, consideram que a sua saúde e condição física são “aceitáveis”, não tendo sofrido alterações sensíveis no último ano e estando dentro do esperado para a idade e para o sexo;
- os indivíduos reformados referem menos frequentemente do que os não reformados sofrerem de problemas de saúde;

- apesar de se queixarem menos de problemas de saúde, os indivíduos reformados situam o aparecimento desses problemas, quando eles existem, no decurso do último ano, enquanto os indivíduos não reformados reportam essas queixas de há alguns anos a esta parte, podendo mesmo tais problemas serem considerados como “crónicos”;
- ambos os grupos mostram um nível de actividade física idêntico (entre o ligeiro e o moderado), não se passando o mesmo, porém, quanto à actividade mental (os não reformados referem-na como sendo mais intensa e mais exigente);
- em termos das capacidades sensoriais, não há diferenças entre os grupos quanto à visão, mas quanto à audição ela parece ser melhor entre os reformados;
- quanto ao consumo de álcool, os reformados bebem menos frequentemente bebidas alcoólicas do que os não reformados, sendo esse consumo nos dois grupos mais ou menos o mesmo que há um ano atrás.

Análise “intra-grupo” relativa aos indivíduos reformados

Registam-se, em seguida, os principais dados a reter da análise efectuada aos resultados obtidos através da aplicação do *Questionário de Auto-Avaliação da Saúde e do Bem-Estar Físico* aos 50 indivíduos reformados anteriormente caracterizados, cruzando esses resultados com três variáveis independentes: género, escolaridade, local de residência.

Género

As diferenças mais significativas entre sexos referem-se:

- às queixas quanto à existência de problema(s) de saúde, isto é, em média, as mulheres ($M=1,3$; $DP=0,5$) referem ter mais problemas de saúde do que os homens ($M=1,1$; $DP=0,3$), ($F(1,48)=4,74$, $p<0,03$);
- à descrição das actividades físicas realizadas durante os últimos meses, com os homens mulheres ($M=3,4$; $DP=1,3$) a descreverem a realização de actividades físicas mais intensas do que as mulheres mulheres ($M=2,6$; $DP=1,1$), ($F(1,48)=5,48$; $p<0,02$);
- ao consumo de bebidas alcoólicas, apresentando os homens ($M=2,5$; $DP=0,9$), claramente um consumo mais frequente do que as mulheres ($M=1,6$; $DP=1,0$), ($F(1,48)=4,84$; $p<0,03$).

Escolaridade

As diferenças mais significativas entre níveis de escolaridade referem-se:

- à percepção da saúde física, ou seja, quanto mais elevada é a escolaridade dos indivíduos, mais positivo é o julgamento que fazem da respectiva saúde física: Esc. Básica ($M=3,4$; $DP=1,0$); Esc. Secundária ($M=2,5$; $DP=0,5$); Esc. Superior ($M=2,2$; $DP=0,7$); ($F(2,47)=10,36$; $p<0,0001$);
- à exigência da actividade mental desenvolvida, verificando-se um progressivo aumento da exigência dessa actividade com um aumento correspondente da

escolaridade dos indivíduos: Esc. Básica ($M=2,9$; $DP=0,5$); Esc. Secundária ($M=2,4$; $DP=0,8$); Esc. Superior ($M=2,2$; $DP=0,8$); ($F(2,47)=5,59$; $p<0,007$);

- ao consumo de bebidas alcoólicas, apresentando os indivíduos com uma escolaridade mais elevada um consumo menos frequente de bebidas alcoólicas: Esc. Básica ($M=2,3$; $DP=0,9$); Esc. Secundária ($M=2,4$; $DP=0,8$); Esc. Superior ($M=1,3$; $DP=1,1$); ($F(2,47)=6,43$; $p<0,003$).

Local de residência

Esta variável não produziu diferenças significativas.

Da análise destes dados “*intra-grupo*” de reformados pode, então, concluir-se o seguinte:

- quanto a diferenças devidas ao género, as mulheres referem ter mais problemas de saúde (“queixam-se mais”) do que os homens, ao passo que estes sinalizam uma actividade física mais intensa do que as mulheres; os homens apresentam também um consumo mais frequente de bebidas alcoólicas do que as mulheres;
- quanto a diferenças devidas à escolaridade, quanto mais elevada é a escolaridade dos indivíduos, mais positivo é o julgamento que fazem da respectiva saúde física, mais exigente é a actividade mental realizada, menos frequente é o consumo de bebidas alcoólicas;
- o local de residência não produz quaisquer diferenças entre os indivíduos reformados.

DISCUSSÃO

Comecemos por recapitular os resultados mais importantes obtidos no estudo quantitativo realizado (Quadro 2).

Quadro 2

Resultados mais importantes

		Saúde percebida
Reformados <i>versus</i> não reformados	1	Em termos globais, ambos os grupos consideram que a sua saúde e condição física são “aceitáveis”, não tendo sofrido alterações sensíveis no último ano e estando dentro do esperado para a idade e para o sexo.
	2	Os indivíduos reformados referem menos frequentemente do que os não reformados sofrerem de problemas de saúde.
	3	Apesar de se queixarem menos de problemas de saúde, os indivíduos reformados situam o aparecimento desses problemas, quando eles existem, no decurso do último ano, enquanto os indivíduos não reformados reportam essas queixas de há alguns anos a esta parte (problemas “crónicos”).
	4	Ambos os grupos mostram um nível de actividade física idêntico (entre o ligeiro e o moderado), não se passando o mesmo, porém, quanto à actividade mental (os não reformados referem-na como sendo mais intensa e mais exigente).
	5	Não há diferenças entre os grupos quanto à visão, mas quanto à audição ela parece ser melhor entre os reformados.
	6	Os reformados bebem menos frequentemente bebidas alcoólicas do que os não reformados, sendo esse consumo nos dois grupos mais ou menos o mesmo que há um ano atrás.

Desde logo, três grandes conclusões podem ser retiradas destes dados:

- ambos os grupos, reformados e não reformados, consideram que a sua saúde é “aceitável”, não tendo sofrido alterações sensíveis no último ano e estando dentro do esperado para a idade e sexo;
- os indivíduos reformados referem menos frequentemente do que os não reformados sofrerem de problemas de saúde, situando no entanto o aparecimento desses problemas, quando eles existem, no decurso do último ano;
- apesar de se queixarem mais de problemas de saúde, os indivíduos não reformados reportam essas queixas desde há alguns anos, podendo mesmo tais problemas serem considerados como “crónicos”.

No seu conjunto, estes resultados confirmam, de uma forma global, a ideia de que a “passagem à reforma” não é, em si mesma, um acontecimento susceptível de causar danos consideráveis na saúde dos indivíduos, podendo sugerir-se, até, que a transição materializada pela “passagem à reforma” pode contribuir para melhorar a condição de saúde dos indivíduos, pelo menos na fase inicial dessa nova condição de vida.

No fundo, o facto de os indivíduos reformados até um ano apresentarem uma condição geral de saúde idêntica ou até ligeiramente melhor, quando comparados com uma amostra congénere de indivíduos trabalhadores, não é de todo surpreendente. O período de vida profissional que antecede a reforma é já, muitas vezes, um período de saturação e de cansaço com um determinado modo de vida, sendo razoável admitir a existência de um estado de stresse generalizado capaz de gerar uma situação percebida de mal-estar físico e psicológico. Por exemplo, não obstante ambos os grupos apresentarem uma média etária sensivelmente idêntica, os indivíduos não reformados desta amostra descrevem a sua actividade diária como mais exigente do que os indivíduos reformados (sobretudo no que respeita à actividade mental), pelo que a ocorrência da reforma pode muito bem constituir um “alívio” do stresse profissional e, nesse sentido, ser um meio efectivo de promoção da saúde do indivíduo ou, pelo menos, da percepção que o indivíduo tem da sua saúde.

Recorde-se que num estudo efectuado junto de uma amostra de norte-americanos, Bossé et al. (1991) encontraram igualmente níveis mais elevados de saúde e bem-estar junto de indivíduos reformados (quando comparados com não-reformados), nada havendo que sugerisse, por exemplo, um aumento do consumo de álcool entre os indivíduos reformados (o que foi também por nós confirmado).

Não obstante esta visão positiva, observe-se que os indivíduos reformados que se queixam da sua saúde, apesar de constituírem uma minoria, reportam essas queixas justamente ao período em que se encontram nesta nova condição de vida (últimos 12 meses). Esta constatação pode ajudar a confirmar a perspectiva de Bossé et al. (1991) quanto à existência de uma maior vulnerabilidade da saúde individual directamente associada à transição para o estatuto de

reformado, pelo menos em algumas pessoas (as quais, eventualmente, seriam também já mais vulneráveis a situações de transição durante a idade adulta). No caso do impacto da “passagem à reforma” sobre a saúde, nomeadamente, Bossé et al. (1991) defendem então que o stresse experimentado por reformados recentes (desde há um ano, mais concretamente) pode, com efeito, induzir estados de saúde percebida e de saúde real efectivamente correlacionados com essa situação de transição. A ser assim, esta constatação sugere a necessidade de se interpretar o declínio ao nível da saúde após a “passagem à reforma”, não apenas em termos de indicadores físicos, mas também em termos de variáveis de natureza psicológica e psicossocial que possam ajudar a explicar a origem desse declínio e a perspectivar modos de intervenção no sentido de o limitar.

Olhando exclusivamente para os dados obtidos pelos indivíduos reformados no último ano, verificamos uma maior fragilidade das mulheres e um consumo de álcool mais elevado nos homens. Se este último aspecto reflecte, digamos, um “dado cultural” da sociedade portuguesa e a maior naturalidade que os homens apresentam em assumir o consumo de bebidas alcoólicas (algo que entre nós se coaduna mais com a imagem social do homem que da mulher), já a maior fragilidade das mulheres deve aqui ser encarada sob um duplo ponto de vista:

- por um lado, porque desde logo e independentemente de serem mais ou menos idosas, de trabalharem ou estarem reformadas, as mulheres parecem ter uma morbidade mais elevada, quer em termos da saúde atribuída a si própria, quer em termos de queixas (Radley, 1994),
- por outro lado, a existência de uma maior vulnerabilidade das mulheres, quando comparadas com os homens, a propósito dos efeitos da exposição a vários acontecimentos de vida ao mesmo tempo ou logo após a “passagem à reforma” (Szinovacz & Washo, 1992), pode reflectir-se precisamente em termos de saúde percebida (“queixas mais frequentes”),
- finalmente, porque o facto das mulheres desta amostra estarem menos satisfeitas com a vida actual do que os homens, faz com que tal possa exercer um efeito negativo sobre a saúde percebida, sabendo-se que é bastante forte a correlação que, sobretudo a partir da meia-idade e nos indivíduos reformados de ambos os sexos, existe entre saúde e satisfação de vida (Quick & Moen, 1998).

Cruzando os restantes resultados com os que foram alcançados no *Estudo EXCELSA* junto de um grupo de 96 sujeitos portugueses entre os 30 e os 85 anos (média de 61 anos) (Paúl, Fonseca, Cruz, & Cerejo, 2001), é possível verificar uma consonância entre as duas pesquisas tanto no que se refere à variação do julgamento da saúde com a escolaridade, como à relação entre saúde percebida e local de residência. Assim, em ambos os casos, constata-se uma avaliação mais positiva da respectiva saúde pelos indivíduos com escolaridade mais elevada e a completa ausência de ligação entre avaliação da saúde e local de residência. Estes dois resultados ajudam, em nossa opinião, a reforçar duas ideias já anteriormente avançadas: por um lado, o potencial

adaptativo da escolaridade (quanto mais elevada, mais positiva é a imagem que o indivíduo faz de si mesmo); por outro lado, a irrelevância do local de residência como variável ecológica com poder discriminativo (pelo menos na forma como habitualmente tem sido tratado, através de uma divisão tradicional entre “rural” e “urbano”).

REFERÊNCIAS

- Aldwin, C., Spiro III, A., Levenson, M., & Cupertino, A. (2001). Longitudinal findings from the normative aging study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality. *Psychology and Aging, 16*(3), 450-465.
- Andersson, L. (2002). *Health around retirement*. Poster apresentado no Valência Forum, Valência (Espanha), 1-4 de Abril.
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (Dissertação de doutoramento).
- Bossé, R., Aldwin, C., Levenson, M., & Workman-Daniels, K. (1991). How stressful is retirement? Findings from the Normative Aging Study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46*, P9-P14.
- Ekerdt, D. (1987). Why the notion persists that retirement harms health. *The Gerontologist, 27*, 454-457.
- Fernández-Ballesteros, R., Schroots, J., & Rudinger, G. (s/d). *EXCELSA-Pilot. The European Survey on Aging Protocol – ESAP*.
- Jones, C., & Meredith, W. (2000). Developmental paths of psychological health from early adolescence to later adulthood. *Psychology and Aging, 15*(2), 351-360.
- Midanik, L., Soghikian, K., Ransom, L., & Tekawa, I. (1995). The effect of retirement on mental health and health behaviors: The Kaiser Permanent Retirement Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 50B*, S59-S61.
- Paúl, C., & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Cerejo, A., & Cruz, F. (2001). EXCELSA – Estudo piloto sobre envelhecimento humano em Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 415-426.
- Paúl, C., Fonseca, A.M., Cruz, F., Cerejo, A., & Valença, A. (1999). *Protocolo Europeu de Avaliação do Envelhecimento – Manual – Versão Portuguesa* (“The European Survey on Aging Protocol” – ESAP). Porto: ICBAS/UP.
- Quick, H., & Moen, P. (1998). Gender, employment, and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women. *Journal of Occupational Health Psychology, 3*(1), 44-64.
- Radley, A. (1994). *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*. London: Sage.
- Szinovacz, M., & Washo, C. (1992). Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 47*(4), S191-S196.