

REforma

ATIVA estudo de um programa promotor
de um envelhecimento saudável

REATIVA: programa promotor de um envelhecimento ativo

Active Retirement: study of a healthy
ageing promotor program

Helena Loureiro (IP)

FICHA TÉCNICA

TÍTULO

REATIVA: PROGRAMA PROMOTOR DE UM ENVELHECIMENTO ATIVO

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)

ISBNe

978-989-99426-0-8

COPYRIGHT

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

REVISÃO FINAL

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

MAQUETIZAÇÃO

Eurico Nogueira, *MS em Tecnologias de Informação Visual*

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). *REATIVA: programa promotor de um envelhecimento ativo*. 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> Desenho do projeto REATIVA [PTDC/MHC–PSC/4846/2012].....	4
<i>Figura 2.</i> Área e unidades prestadoras de CSP de implementação do projeto REATIVA [PTDC/MHC–PSC/4846/2012].....	5
<i>Figura 3.</i> Painel de Delphi conducente à conceção do Programa REATIVA.....	6
<i>Figura 4.</i> Modelo de implementação do protótipo do Programa REATIVA.....	6
<i>Figura 5.</i> Painel Delphi conducente à conceção do Programa REATIVA (M ₂ B).....	7
<i>Figura 6.</i> Modelo de avaliação da eficiência do Programa REATIVA.....	13

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evidências conducentes à construção do Programa REATIVA.....	8
Tabela 2 - Plano temático do Programa REATIVA.....	10
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica dos participantes do Programa REATIVA (GE1/GE2/GC).....	17
Tabela 4 - Confiabilidade da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada em A1 e A2.....	18
Tabela 5 - Confiabilidade da EPFAR, em A1 e A2.....	19
Tabela 6 - Plano de desenvolvimento das sessões do Programa REATIVA.....	21
Tabela 7 - Evolução da percepção de autoeficácia geral (GSE) em GE1, GE2 e GC.....	25
Tabela 8 - Evolução do Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR) em GE1, GE2 e GC.....	29

INTRODUÇÃO	1
PARTE I – PROGRAMA REATIVA	3
1. PERCURSO PARA A CONSTRUÇÃO	3
2. MODELO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	9
PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA REATIVA	13
1. OBJETIVOS E MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO	13
2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	14
3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	18
4. DESENVOLVIMENTO	20
PARTE III – EFICIÊNCIA DO PROGRAMA REATIVA	23
1. AUTOEFICÁCIA GERAL PERCECIONADA	23
2. POSICIONAMENTO FACE À ADAPTAÇÃO À REFORMA	26
SÍNTESE CONCLUSIVA	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	35
Anexo I – Deferimento da Comissão de Ética da UICISA: E e da ARSC	36
Anexo II – Consentimento Informado 5 e 6	39
Anexo III – Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (GSE)	42
Anexo IV – Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR)	43

INTRODUÇÃO

O Programa REATIVA traduz o resultado final daquele que foi o momento M₂C do projeto de investigação que se intitulou por REATIVA (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]).

Este projeto, iniciado em julho 2013 e que teve como instituição acolhedora a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), Coimbra, Portugal, contou com o suporte do Grupo de Estudos em Enfermagem e Família da Universidade de São Paulo (GEEF, São Paulo, Brasil) e, ainda, com a preciosa colaboração da Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC). Este projeto foi desenvolvido em vários momentos, que envolveram processos de revisão sistemática da literatura, de intervenção empírica e de síntese e discussão das evidências, nos quais participaram os investigadores que constituíram a sua equipa multidisciplinar. O seu principal objetivo foi: construir um programa de intervenção em saúde 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, sendo o seu principal propósito aumentar a autoeficácia percebida e a perceção de adaptação à referida transição, por forma a promover um envelhecimento saudável e ativo.

Neste documento apresenta-se de uma forma sistematizada aquele que foi o exercício da conceção do mencionado programa, bem como a metodologia utilizada para avaliar a eficiência imediata da sua implementação. A redação deste documento encontra-se estruturada em três partes: uma primeira, designada por *Programa REATIVA*, onde se apresenta o percurso realizado para a construção do mencionado programa, seu modelo de implementação, bem como os instrumentos de avaliação da sua eficiência; uma segunda, denominada por *Implementação do Programa REATIVA*, na qual se descreve de forma sistematizada todo o seu processo de implementação; e, numa terceira parte, que toma a designação de *Eficiência do Programa REATIVA*, onde é dada a conhecer a eficiência imediata da sua implementação.

Termina-se esta redação com uma Síntese Conclusiva, na qual se apresentam os principais procedimentos relativos ao desenvolvimento deste momento do projeto e se sistematizam os principais resultados que dão conta da eficiência do Programa REATIVA.

PARTE I – PROGRAMA REATIVA

1. PERCURSO PARA A CONSTRUÇÃO

A construção do Programa REATIVA iniciou com o desenvolvimento de um protocolo de revisão sistemática da literatura que teve por objetivo conhecer os programas e as estratégias de intervenção recentemente implementadas a nível internacional, no sentido de promover a saúde de indivíduos e famílias que experienciavam a transição para a reforma (Loureiro, Mendes, Rodrigues, Apóstolo, & Rodrigues, 2014).

Os resultados da revisão sistemática da literatura (Loureiro, Mendes, Rodrigues et al., 2015) mostraram que os poucos estudos encontrados que focavam a existência de programas de promoção de saúde (n=19) incidiam quase exclusivamente na intervenção realizada em reformados de há longa data, já com idade mais avançada, e que tinham por objetivo permitir que envelhecessem com qualidade, na sua residência. Quando se centravam em recém-aposentados, preconizavam a continuidade de uma vida ativa na procura de uma fonte remuneratória que satisfizesse as necessidades financeiras (ex. EUA ou norte da Europa). Os programas encontrados eram generalistas e nenhum envolvia a família na possível intervenção, embora as teorias afirmem que a família também é afetada com esta transição (Loureiro, 2011).

Em suma, verificou-se que os programas de promoção da saúde que facilitam a adaptação bem-sucedida à transição para a reforma recente (em indivíduos reformados há menos de 5 anos) eram inexistentes e que não existiam programas que envolvessem as famílias nesta fase de transição (Loureiro, Mendes, Rodrigues et al., 2015). Depreendeu-se, ainda, que a investigação nesta área se deveria centrar nas perceções individuais, conjugais e familiares sobre a transição para a aposentação, com enfoque em estudos qualitativos.

Perante este quadro e dada a escassez de evidência que descreva programas direcionados a recém-reformados e às suas famílias, conclui-se que a promoção da saúde na passagem à reforma era uma área que necessitava de um forte investimento científico e económico, por forma a promover um envelhecimento ativo em sociedades que se revelam crescentemente envelhecidas.

Em função do referido estado da arte, e mediante parecer favorável das Comissões de Ética da UICISA: E e da ARSC, partiu-se para o estudo aprofundado deste fenómeno, designadamente pelo acesso à perceção de recém-reformados protagonistas desta vivência, isto é aposentados há menos de 5 anos. Esse estudo, já previsto pelo primeiro ano de implementação do projeto REATIVA (Figura 1), foi desenvolvido em quatro momentos distintos.

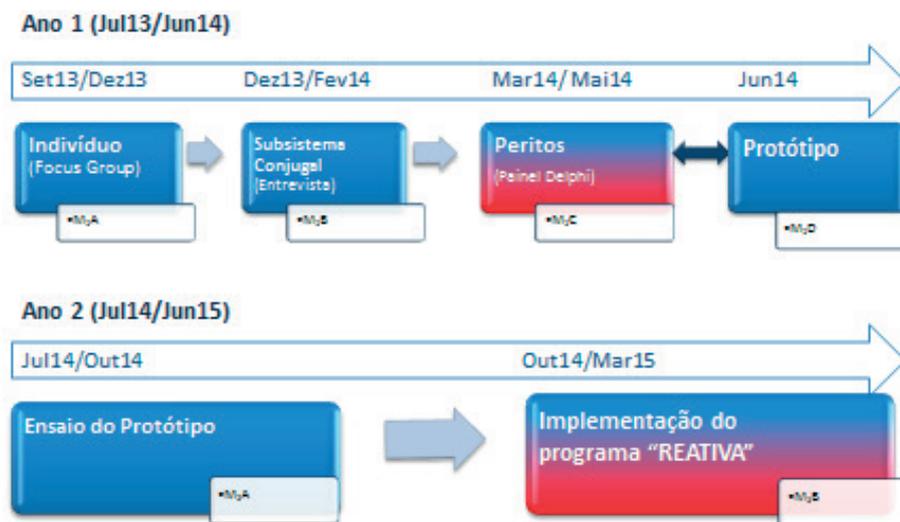


Figura 1. Desenho do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]

Num primeiro momento (M_{1A}), no qual foi realizado um estudo de carácter descritivo e qualitativo que teve por objetivo conhecer as alterações e/ou dificuldades percebidas por indivíduos em processo de adaptação à reforma, bem como as estratégias e recursos por eles utilizados para fazer face às mesmas, foram efetuados 18 *focus group* em indivíduos recém-aposentados (n=146), inscritos em unidades prestadoras de Cuidados de Saúde Primários (CSP) da ARSC (Figura 2), conclui-se que: i) a passagem à reforma imprime uma inevitável mudança na vida dos seus protagonistas (indivíduos e famílias), originando uma ambivalente percepção de perdas e ganhos nos recém-reformados portugueses; ii) os recursos e estratégias adotados pelos recém-aposentados portugueses são essencialmente informais, denotando a escassez de recursos formais de apoio a esta transição e/ou diminuta divulgação dos mesmos em determinadas áreas geográficas de Portugal; iii) a passagem à reforma faz emergir simultâneos sentimentos de satisfação e insatisfação que poderão comprometer o bem-estar e saúde dos recém-reformados portugueses; e ainda, que iv) a grande maioria dos portugueses não planeia a reforma, o que poderá *hipotecar* o seu envelhecimento ativo e o futuro das gerações vindouras (Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fernandes et al., 2014).



Figura 2. Área e unidades prestadoras de CSP de implementação do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]

Num segundo momento (M_1B), num estudo que se baseou numa abordagem metodológica qualitativa de carácter descritivo-exploratório e que teve por objetivo conhecer as vivências percebidas pelos casais num processo de adaptação à reforma (as suas vulnerabilidades e os recursos), as evidências decorrentes de 32 entrevistas realizadas com casais inscritos em unidades prestadoras de CSP da ARSC (Figura 2) deram a conhecer que: i) a transição para a reforma origina a percepção de mudanças no casal que remetem para a adaptação a novas funções, sentimentos e formas de viver a conjugalidade; ii) na família, em geral, esta transição é também entendida como uma mudança que, dada a fase do ciclo vital em que se encontra (meia-idade), origina a necessidade de reaprendizagens diversas na forma de estar, ser e sentir de cada um dos seus elementos; iii) Os recursos individuais, conjugais e da rede informal e formal são aspetos importantíssimos a ter em conta para promover uma conjugalidade saudável no decurso da adaptação à reforma (Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fonseca et al., 2014).

Num terceiro momento (M_1C), mediante análise crítica e consenso das referidas evidências operada por metodologia de Painel de Delphi de peritos (onde participaram todos os investigadores do projeto REATIVA e duas consultoras internacionais com um vasto percurso teórico desenvolvido em domínios afins ao objeto de estudo [Margareth Angelo, Brasil e Afaf Meleis, Estados Unidos da América – EUA]), novas evidências emergiram que deram diretrizes para a construção do protótipo daquele que viria a ser o programa REATIVA (Figura 3).

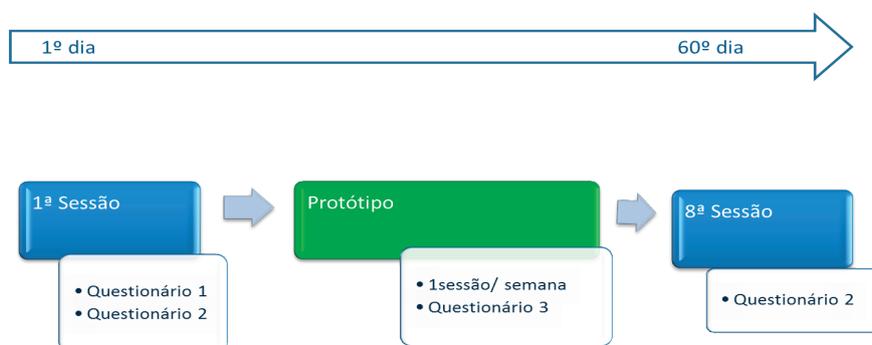


Figura 3. Painel de Delphi conducente à conceção do Programa REATIVA.

Do quarto momento (M_{1D}), reservado à construção do referido protótipo, resultou um plano esquemático que envolveu as oito áreas temáticas identificadas no exercício anterior e que se relacionaram com a *Reforma e Reformado*, 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 os *Recursos de saúde locais* (Loureiro, Mendes, Camarneiro et al., 2015; Tabela 1).

O segundo ano de implementação do projeto REATIVA foi reservado ao ensaio do protótipo (M_{2A} ; Figura 4) e, à conceção (Tabela 1) e avaliação da eficácia do Programa REATIVA (M_{2B}).

O ensaio do protótipo (M_{2A}), que teve como principal objetivo avaliar o efeito da implementação de um hipotético programa promotor da saúde em recém-reformados, seus cônjuges e famílias, em processo de adaptação à transição para a reforma, foi testado num centro de saúde da periferia de Coimbra, onde era passível de serem encontrados inscritos indivíduos de meio urbano, semiurbano e rural. Desenvolvido em 8 sessões semanais (num total de 16 horas formativas) e aplicado a uma amostra de 12 participantes (4 casais e 4 indivíduos; Figura 4), este protótipo originou uma evolução global positiva ($M[A2-A1]=0,007$) na perceção de autoeficácia, General Self-Efficacy Scale (GSE), e uma evolução positiva em todas as dimensões da Escala de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR), num destacado valor global ($M[A2-A1]=0,314$; Loureiro, Mendes, Camarneiro et al., 2015).



Questionário 1 – Caracterização Sociodemográfica

Questionário 2 – GES + EPFAR

Figura 4. Modelo de implementação do protótipo do Programa REATIVA.

Os achados decorrentes dos momentos antecedentes à implementação do protótipo (nomeadamente, do momento M₁A, no qual mediante constituição de *focus group* foram auscultadas as perceções de indivíduos recém-aposentados [Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fernandes et al., 2014] e, do momento M₁B, no qual foram realizadas entrevistas com casais [Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fonseca et al., 2014]) e, de forma particular, a evolução apurada nas variáveis percepção de autoeficácia [GSE], posicionamento face à adaptação à reforma [EPFAR] e a avaliação realizada pelos participantes no final de cada sessão do protótipo [Loureiro, Mendes, Camarneiro et al., 2015]); constituíram fonte de uma nova análise e discussão realizada em Painel Delphi (M₂B).

Deste exercício resultou a construção do plano de desenvolvimento daquele que passou a ser o denominado: Programa REATIVA (Figura 5, Tabela 1).

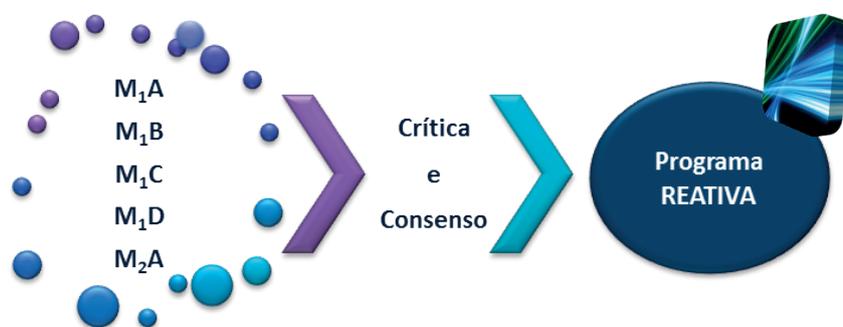


Figura 5. Painel Delphi conducente à conceção do Programa REATIVA (M₂B).

O Programa REATIVA que se diferenciou do protótipo em alguns aspetos metodológicos viu desta forma a sua estrutura alargada de oito para doze sessões, passando a integrar mais tempo para algumas temáticas antes pouco exploradas (como foram exemplo as sessões: *Saúde e Bem-estar 2* e *Redes de Apoio e Saúde 1*) e incluídas outras novas sessões cujas temáticas foram identificadas ao longo do desenvolvimento do protótipo e que se revelaram de uma manifesta importância para a promoção de uma adaptação bem-sucedida à transição em estudo, como foram exemplo as sessões: *Famílias que somos e que temos* e *Projetos para o futuro* (Tabela 1).

Tabela 1
Evidências conducentes à construção do Programa REATIVA

Plano do Protótipo (Tema Central)	Evidências da Implementação do Protótipo		Plano do Programa REATIVA (Tema Central)
	Resultados	Justificação da Alteração	
#1 Reforma e Reformado (Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital)	Avaliação da Sessão Temática: Muito bom (57,1%) Tempo despendido: Suficiente (71,0%) EPFAR (Dif. Médias=0,433)	Em função da avaliação realizada, esta sessão manteve-se no Programa REATIVA com uma idêntica localização e atribuição de tempo.	REATIVA #1 Reforma e Reformado (Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital)
#2 Saúde e Bem-Estar 1 (Promoção da Saúde Mental: Gestão do Tempo e do Stresse)	Avaliação da Sessão Temática: Bom (100,0%) Tempo despendido: Bom 50,0%) EPFAR (Dif. Médias=0,333)	Em função dos comentários apresentados no final desta sessão, que revelaram ser este um tema importante para si mesmos ao qual deveria ser atribuído mais tempo para lhe proporcionar um maior treino de técnicas de gestão do tempo e do stresse, tomou-se a decisão de repartir os seus objetivos e conteúdos por 2 sessões subsequentes no Programa REATIVA.	REATIVA #2 Saúde e Bem-Estar 1 (Promoção da Saúde Mental)
			REATIVA #3 Saúde e Bem-Estar 2 (Gestão do tempo e do Stresse)
#3 Redes de Apoio e Saúde (Redes em saúde)	Avaliação da Sessão Temática: Bom (50,0%) Tempo despendido: Bom (25,0%) EPFAR (Dif. Médias=0,486)	Em função dos comentários que diversos participantes foram apresentando ao longo do desenvolvimento do protótipo, onde se encontrou patente a necessidade de obter uma maior informação sobre a rede de recursos informais e formais, bem como as estratégias de acederem e participarem ativamente nos últimos através do voluntariado, tomou-se a decisão de incluir novos conteúdos relativos a esta temática em 2 sessões subsequentes. Ainda, porque se considerou que o trabalho com as redes e recursos informais deveria anteceder esta apresentação, tomou-se a decisão destas sessões deverem ocupar um espaço mais tardio no Programa REATIVA.	REATIVA #8 Redes de Apoio e Saúde 1 (Importância das Redes informais e formais para a promoção da saúde)
			REATIVA #9 Redes de Apoio e Saúde 2 (Rede formal local)
#4 Gestão Económica (Estratégias de gestão da economia doméstica)	Avaliação da Sessão Temática: Bom (50,0%) Tempo despendido: Bom (33,0%) EPFAR (Dif. Médias=0,167)	Ainda que esta tivesse sido uma das dimensões da EPFAR onde se verificou uma menor evolução e que um dos participantes tivesse considerado que este tema deveria ser trabalhado em idades mais precoces, uma vez que os achados de M1A e M1B evidenciaram que a gestão económica era uma das maiores perdas após a reforma (Loureiro, Mendes, Camarinho, Fernandes et al., 2014; Loureiro, Mendes, Camarinho, Fonseca et al., 2014); tomou-se a decisão de manter esta sessão no Programa REATIVA com outros objetivos e num espaço temporal mais alargado.	REATIVA #10 Gestão Económica (Dificuldades sentidas na gestão da economia doméstica)
#5 Saúde e Bem-Estar 2 (Saúde Física/ Envelhecimento)	Avaliação da Sessão Temática: Bom (77,8%) Tempo despendido: Bom (66,0%) EPFAR (Dif. Médias=0,167)	Esta foi outra das dimensões da EPFAR onde se verificou uma menor evolução, contudo porque os achados de M1A e M1B evidenciaram que o tema do envelhecimento suscita uma relevante fonte de preocupação com respeito à vivência do futuro (Loureiro, Mendes, Camarinho, Fernandes et al., 2014; Loureiro, Mendes, Camarinho, Fonseca et al., 2014) e porque esta é responsável pela preservação de um bem-estar global em saúde tomou-se a decisão de manter esta sessão no Programa REATIVA com idênticos objetivos e num espaço temporal mais antecipado.	REATIVA #4 Saúde e Bem-estar 3 (Saúde Física/ Envelhecimento)

Tabela 1 (continuação)
Evidências conducentes à construção do Programa REATIVA

Plano do Protótipo (Tema Central)	Evidências da implementação do Protótipo		Plano do Programa REATIVA (Tema Central)
	Resultados	Justificação da Alteração	
#6 Família e Conjugalidade (Renegociação da conjugalidade/ Sexualidade)	Avaliação da Sessão Temática: Muito Bom (57,1%) Tempo despendido: Bom (71,4%) EPFAR (Dif. Médias=0,367)	De todas as sessões realizadas, esta terá sido aquela onde se verificaram os comentários mais favoráveis ao desenvolvimento do protótipo. Porém, porque não foi a dimensão onde se verificou uma mais elevada evolução na EPFAR, tomou-se a decisão de antecipar esta sessão no Programa REATIVA, mantendo idênticos objetivos e complementando as temáticas por ela abordadas com introdução de uma sessão nova que reforçasse algumas temáticas referentes à promoção da saúde familiar (REATIVA#7 <i>Famílias que somos e que temos</i>)	REATIVA #5 Família e Conjugalidade (Renegociação da conjugalidade/ Sexualidade)
#7 Família e Parentalidade	Avaliação da Sessão Temática: Muito Bom (57,1%) Tempo despendido: Bom (71,4%) EPFAR (Dif. Médias=0,250)	O resultado da evolução EPFAR verificado na dimensão <i>Família e Parentalidade</i> deu a perceber que a intervenção proporcionada pelo protótipo terá sido exígua. Por esse facto tomou-se a decisão de incluir no Programa REATIVA mais uma sessão que permitisse desenvolver melhor esta temática (REATIVA#7 <i>Famílias que somos e que temos</i>)	REATIVA #6 Família e Parentalidade
		Em função dos resultados obtidos na sessão #6 e #7 do protótipo, tomou-se a decisão de integrar no Programa REATIVA uma sessão que proporcionasse um espaço de reflexão sobre a adaptação que passaram a perceber na sua forma de <i>Estar, Sentir e Ser</i> em família (Loureiro, 2011).	REATIVA #7 Famílias que somos e que temos
#8 Reforma Ativa (Recursos locais de saúde e reforma ativa)	Atendendo à diferenciação dos conteúdos abordados e aos comentários apresentados pelos participantes do protótipo, tomou-se a decisão de repartir os temas transmitidos por esta sessão em duas distintas: uma referente aos recursos locais de saúde e outra aos projetos individuais/conjugais/familiares aos quais estes poderão dar resposta.		REATIVA #11 Recursos e respostas de Saúde local REATIVA #12 Projetos para o futuro

2. MODELO E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

O Programa REATIVA foi concebido com base nas principais temáticas que emergiram como fonte de vulnerabilidade em saúde nos protagonistas da transição em estudo (Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fernandes et al., 2014b; Loureiro, Mendes, Camarneiro, Fonseca et al., 2014) e, ainda, naqueles que foram os resultados obtidos pelo ensaio do seu protótipo; estudos antecedentes igualmente desenvolvidos no âmbito do projeto que esteve na origem da sua conceção: Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável (PTDC/MHC-PSC/4846/2012).

No que concerne o plano temático, este foi desenvolvido com base nos processos psicoemocionais de adaptação à reforma como a manutenção e promoção da saúde física, mental e social, a gestão

da rede de recursos pessoais e sociais e com a alteração da sistémica familiar operada pelas relações de parentalidade (filhos e netos) e de conjugalidade que se se mostraram particularmente afetadas na transição em estudo. Decorrente deste processo, a prescrição prevista pelo Programa REATIVA passou a incluir 12 sessões, com as seguintes designações: Reforma e Reformado, Saúde e Bem-Estar 1, Saúde e Bem-Estar 2, Saúde e Bem-Estar 3, Família e Conjugalidade, Família e Parentalidade, Famílias que somos e que temos, Redes de Apoio e Saúde 1, Redes de Apoio e Saúde 2, Gestão económica, Recursos e respostas de Saúde local e, Projetos para o futuro (Tabela 2).

Tabela 2
Plano temático do Programa REATIVA

Sessão	Designação
#1	Reforma e Reformado
#2	Saúde e Bem-Estar 1
#3	Saúde e Bem-Estar 2
#4	Saúde e Bem-Estar 3
#5	Família e Conjugalidade
#6	Família e Parentalidade
#7	Famílias que somos e que temos
#8	Redes de Apoio e Saúde 1
#9	Redes de Apoio e Saúde 2
#10	Gestão económica
#11	Recursos e respostas de Saúde local
#12	Projetos para o futuro

Concebida para ser implementada em 12 sessões, numa frequência de uma sessão por semana e com a duração de duas horas por sessão, esta prescrição incluiu um total de 24 horas formativas, agendadas para 12 semanas consecutivas.

Com respeito à avaliação da implementação do Programa REATIVA, foram tomados como instrumentos base:

- A GSE que 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 *General Self-Efficacy Scale* (GSE; Nunes, Schwarzer, & Jerusalém, 1999), um instrumento composto por 10 itens de resposta fechada, ao qual os respondentes puderam posicionar-se em resposta tipo *likert* de 4 opções, numa correspondência de 1 *De modo nenhum é verdade*; 2 *Difícilmente é verdade*; 3 *Moderadamente*

verdade; e 4 *Exatamente verdade*. Porque esta escala revelou uma boa confiabilidade no momento antecedente deste projeto (Loureiro, Mendes, Camarneiro et al., 2015), com 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), manteve-se a sua aplicação para futuras avaliações deste programa (Anexo III).

- A EPFAR foi construída pela equipa de investigadores do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012], com base nas evidências dos momentos antecedentes ao seu desenvolvimento, nomeadamente de M₁A e de M₂A, onde emergiram as principais alterações/dificuldades de adaptação à passagem à reforma, na voz dos seus protagonistas. Já aplicado por ocasião do ensaio do protótipo (Loureiro, Mendes, Camarneiro et al., 2015), revelou boas características de homogeneidade entre os seus itens (com 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]). Este instrumento é composto por 28 itens e avalia o posicionamento em escala de *likert* de 4 posições nas sete dimensões de maior vulnerabilidade na transição em estudo, numa correspondência de 4 itens atribuídos para cada uma das dimensões (Reforma e Reformado, Saúde Mental, Redes de apoio, Saúde e Envelhecimento, Gestão Económica, Família e Conjugalidade, Família e Parentalidade; Anexo IV).

PARTE II – IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA REATIVA

1. OBJETIVOS E MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO

O momento M_2C do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012] teve como principal objetivo: avaliar a eficiência da implementação de um programa de saúde dirigido a indivíduos e casais que estivessem a vivenciar a transição para a reforma, no sentido de promover um envelhecimento ativo.

O referido programa, que tomou a designação de Programa REATIVA, foi desenvolvido em três fases, nas quais participaram três grupos distintos. Um grupo controlo (GC) que não tendo sido submetido a qualquer intervenção de natureza prescritiva a sua participação se cingiu a colaborar no preenchimento dos instrumentos de avaliação previstos na avaliação inicial e tardia da aplicação do programa, com os questionários Q1 e Q2. Dois grupos experimentais (GE_1 e GE_2), ambos submetidos à prescrição prevista pelo Programa REATIVA, que colaboraram no preenchimento dos questionários Q1 e Q2 em 3 momentos avaliativos: pré (Av1), pós-mediato (Av2) e tardio (Av3; Figura 6).

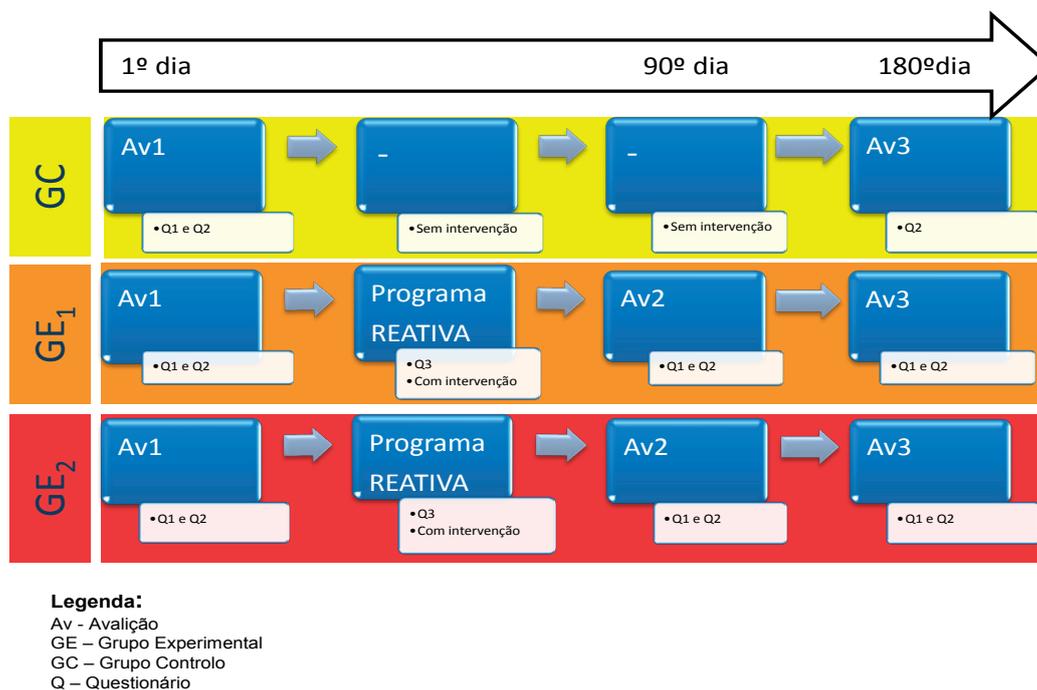


Figura 6. Modelo de avaliação da eficiência do Programa REATIVA.

Os grupos experimentais diferenciaram-se pela constituição dos seus participantes. O grupo GE_1 foi constituído por indivíduos recém-reformados que participaram de forma individualizada e o grupo GE_2 foi constituído por casais, em que pelo menos um dos cônjuges fosse recém-reformado. O motivo desta diferenciação prendeu-se com um dos objetivos propostos para este momento

do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012], no qual se preconizava determinar a eficiência da aplicação do programa construído durante o seu desenvolvimento (Programa REATIVA), em função de se participar de forma individual (indivíduo recém-aposentado) ou de forma conjugal (indivíduo recém-aposentado e seu cônjuge).

2. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Os procedimentos éticos e formais que antecederam este momento do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012] tiveram por base a aprovação da Comissão de Ética da UICISA: E e da Comissão de Ética da ARS Centro, obtida mediante submissão de processo que, entre outros documentos, envolveu aqueles que se reportaram à apresentação dos objetivos, desenho, metodologia e instrumentos de avaliação a aplicar aos seus participantes (Anexo I).

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

- A realização de entrevistas formais com as equipas coordenadoras das unidades de saúde onde foi implementado. Estas entrevistas pretendiam apresentar os objetivos, o modelo da intervenção e solicitar a colaboração na identificação dos potenciais participantes, e obter autorização para a utilização das suas instalações para a implementação.
- A obtenção de consentimento informado de todos os participantes (Anexo II), após o devido esclarecimento de todos os procedimentos e princípios éticos inerentes ao ato de participar num estudo de investigação da referida natureza.

LOCAIS DE DESENVOLVIMENTO E PARTICIPANTES

Os locais selecionados para a implementação do Programa REATIVA foram os que desde sempre foram preconizados 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, e após análise das características geodemográficas dos possíveis contextos de intervenção, a implementação deste programa teve lugar nas seguintes unidades de saúde:

- Unidade de Cuidados Continuados (UCC) Bairradina, sediada no edifício da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) da Mealhada.
- Unidade de Saúde Familiar (USF) Beira Ria, sediada na Gafanha da Nazaré;
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Norton de Matos, sediada no edifício do ainda hoje conhecido por Centro de Saúde de Norton de Matos, Coimbra.

Relativamente aos participantes, recorda-se que constituíram critérios de inclusão para a constituição dos grupos:

- GE₁ e GC – Estar reformado há menos de 5 anos e participar individualmente;
- GE₂ – Participar em casal, sendo que pelo menos um dos cônjuges teria de estar reformado há menos de 5 anos e, viver maritalmente (em matrimónio ou em união de facto), desde o período que antecedeu a transição para a reforma de um dos cônjuges.

O processo de seleção das amostras iniciou com a realização de várias reuniões realizadas com as equipas das referidas unidades de saúde, nas quais, após explicitação dos objetivos da intervenção, foi solicitada a colaboração na identificação de utentes que contemplassem os mencionados critérios e que pudessem vir a constituir potenciais participantes da implementação do Programa REATIVA. Decorrente desta exposição, os profissionais de saúde disponibilizaram-se a efetuar o referido levantamento, enviando à equipa de investigação REATIVA uma listagem de utentes, por si, previamente contactados.

Numa fase seguinte, e por via telefónica, foram contactados todos os utentes constituintes das referidas listas, por forma a serem convidados a participar no Programa REATIVA. Mediante disponibilidade manifestada, participaram no momento M₂C do projeto REATIVA [PTDC/MHC-PSC/4846/2012] um total de 56 participantes: 15 integraram o Grupo Experimental 1 (GE₁=26,8%); 12 o Grupo Experimental 2 (GE₂=21,4%); e 29 o Grupo Controlo (GC=51,78%, Tabela 3).

Recorda-se que os grupos GC e o GE₁ se fizeram constituir por indivíduos recém-reformados (o mesmo é dizer, aposentados há menos de 5 anos) a participar de forma individualizada e que o grupo GE₂ foi formado por casais, em que pelo menos um dos cônjuges fosse recém-reformado (o mesmo é dizer, aposentado há menos de 5 anos). Atendendo à natureza quase experimental do estudo, existiu ainda a preocupação em repartir os participantes pelos referidos grupos em função da homogeneidade conseguida nas seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil e habilitações literárias. Sendo que, conforme já referido, o grupo GE₂ foi o único que se manteve criterioso com respeito à variável estado civil na sua dimensão *Casado/Viver maritalmente*.

Com respeito à caracterização sociodemográfica global, faz-se saber que os participantes dos três grupos apresentavam idades compreendidas entre 48 e 72 anos (= 62,8 anos; DP= 3,1 anos), eram maioritariamente do sexo feminino (57,1%), casados ou a viver em união de facto (85,7%) e com habilitações superiores ao 9º ano de escolaridade e sem ensino superior (39,3%).

Reportando apenas aos participantes aposentados (87,5%) e ao tempo de aposentação 14,3% dos participantes apresentavam-se neste estatuto há 3-4 anos; 8,9% há menos de 1 ano; 8,9% há 4-5 anos; 5,4% há 1-2 anos; 3,6% há 2-3 anos; e 3,6% há mais de 5 anos (sendo estes últimos, cônjuges de participantes do grupo GE₂). Durante a vida ativa, 32,1% dos participantes aposentados exerciam funções de pessoal administrativo e similares; 10,7% eram especialistas das profissões intelectuais e científicas; 10,7% eram profissionais não qualificados; 7,1% eram técnicos e profissionais de nível

intermédio; 5,4% eram operários, artífices e trabalhadores similares; 3,6% eram quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresas; e 3,6% eram agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas. Quando questionados sobre a satisfação com o emprego que exerciam, 23,2% dos participantes referiram estar muito satisfeitos; 16,1% satisfeitos; 8,9% insatisfeitos; e 1,8% muito insatisfeitos. E quando questionados sobre a satisfação que apresentavam na época com respeito à perspectiva de se reformarem, 16,1% referiram estar satisfeitos; 12,5% muito satisfeitos; e 8,9% insatisfeitos com tal perspectiva.

Tabela 3

Caracterização sociodemográfica dos participantes do Programa REATIVA (GE1/GE2/GC)

GRUPO	Variáveis	n.º/%	Min-Max	\bar{x} /DP	Mo
GE₁ n=15	Idade (anos)		48-72	62,00/5,196	62
	Sexo				Feminino
	• Feminino	8/53,3%			
	• Masculino	7/46,7%			
GE₂ n=12	Idade (anos)		59-66	62,25/2,179	62
	Sexo				
	• Feminino	6/50%			
	• Masculino	6/50%			
GC n=29	Idade (anos)		60-67	63,45/1,660	62
	Sexo				Feminino
	• Feminino	19/65,5%			
	• Masculino	10/34,5%			
GC n=29	Estado civil				Casado/união de facto
	• Casado/união de facto	12/100,0%			
	Habilitações				1-4 anos
	• 1-4 anos	6/50,0%			
• 5-9 anos	5/41,7%				
• Sem ensino superior	1/8,3%				
• Com ensino superior	0/0,0%				
GC n=29	Estado civil				Casado/união de facto
	• Solteiro	0/0,0%			
	• Casado/união de facto	25/86,2%			
	• Divorciado	4/13,8%			
• Viúvo	0/0,00%				
GC n=29	Habilitações				Sem ensino Superior
	• 1-4 anos	2/6,9%			
	• 5-9 anos	3/10,4%			
	• Sem ensino superior	13/44,8%			
• Com ensino superior	11/37,9%				

3. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Após a realização da colheita de dados, procedeu-se à inspeção global dos instrumentos por forma a verificar o seu integral preenchimento. Posteriormente, passou-se à codificação e inserção dos dados em base construída para o efeito no programa IBM SPSS 22. Seguiu-se a este procedimento um prévio tratamento estatístico de análise de frequências no sentido de detetar a existência de lapsos de introdução.

Ainda antes de se passar à análise estatística dos dados, numa primeira fase efetuou-se a determinação da confiabilidade dos instrumentos de medida aplicados para avaliar a evolução das variáveis Autoeficácia Geral Percecionada (GSE) e Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR). Este procedimento foi conseguido pelo apuramento da consistência interna dos itens, sobre os quais os participantes fizeram assinalar a sua opção de resposta, na avaliação inicial (A1) e na avaliação final imediata (A2). Decorrente da mencionada análise e com respeito à GSE, confirmaram-se globalmente as boas características psicométricas apresentadas por este instrumento; expressa por valores de alfa de *Cronbach* total de 0,884, no primeiro momento de avaliação (A1) e, de 0,742, no segundo momento de avaliação (A2; Tabela 4).

Tabela 4

Confiabilidade da Escala de Autoeficácia Geral Percecionada em A1 e A2

Item	A1		A2	
	Correlação de item total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se item excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se item excluído
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.	0,344	0,894	0,235	0,743
Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	0,617	0,873	0,452	0,713
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.	0,684	0,867	0,495	0,704
Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	0,648	0,870	0,404	0,719
Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	0,652	0,870	0,423	0,716
Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.	0,540	0,878	0,290	0,736
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.	0,641	0,871	0,491	0,705
Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	0,697	0,867	0,418	0,717
Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	0,690	0,867	0,544	0,697
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.	0,690	0,868	0,263	0,739
	M=30,45; S=30,771; DP=5,547		M=31,51; S=15,625; DP=3,953	

Com respeito à EPFAR, o mesmo exercício de determinação da consistência interna revelou superiores características de confiabilidade, dadas por valores de alfa de *Cronbach* total de 0,865, no primeiro momento de avaliação (A1), e de 0,810, no segundo momento de avaliação (A2; Tabela 5).

Tabela 5
Confiabilidade da EPFAR, em A1 e A2

Item	A1		A2	
	Correlação de item total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de <i>Cronbach</i> se o item for excluído
Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a	0,439	0,860	0,161	0,804
Consigo identificar objetivos para a minha vida atual	0,697	0,851	0,324	0,796
Consigo identificar objetivos para a minha vida futura	0,623	0,854	0,300	0,797
Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado	0,437	0,860	0,358	0,795
Sinto-me em harmonia com a vida atual	0,350	0,862	0,497	0,790
Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres	0,264	0,864	0,105	0,804
O tempo que disponho é utilizado de forma útil	0,473	0,859	0,302	0,797
Consigo gerir o stresse no dia-a-dia	0,601	0,856	0,335	0,796
Sinto apoio da minha família	0,558	0,857	0,332	0,796
Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes	0,401	0,861	0,408	0,792
Sei como aceder aos recursos da minha comunidade	0,271	0,864	0,407	0,793
Sinto que tenho o apoio necessário quando necessário	0,596	0,856	0,423	0,792
Realizo um planeamento mensal dos meus gastos	0,404	0,861	0,301	0,798
Sei gerir o meu dinheiro	0,467	0,859	0,299	0,797
Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo	0,003	0,871	0,161	0,804
Sei resistir à pressão da publicidade do consumo	-0,021	0,872	0,368	0,794
Gosto de mim tal como eu sou	0,363	0,862	0,309	0,797
Sinto-me bem	0,207	0,867	0,221	0,801
Cuido de mim	0,466	0,859	0,344	0,795
Tenho medo de envelhecer	-0,160	0,880	-0,112	0,823
Estou satisfeito com a minha relação conjugal	0,580	0,855	0,637	0,780
Quando decido em casal consigo mais e melhor	0,498	0,858	0,458	0,790
Na minha relação há dialogo e partilha	0,567	0,856	0,630	0,784
Sinto-me bem sexualmente	0,590	0,854	0,502	0,787
Sinto que posso contar com os meus filhos	0,424	0,860	0,196	0,801
Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos	0,444	0,867	0,400	0,808
Sinto que os meus netos contam comigo	0,565	0,856	0,388	0,793
Os meus netos fazem-me feliz	0,621	0,854	0,503	0,790
	M=88,95; S=106,867; DP=10,338		M=94,45; S=55,030; DP=7,418	

Numa fase seguinte, passou-se a analisar as características de distribuição assumidas pelas referidas variáveis. Decorrente desse procedimento, e através valores encontrados pela aplicação do teste de aderência à normalidade, foi possível verificar que tanto a variável Autoeficácia Geral Percecionada (GSE total: A1 [K-S=0,08; $p=0,784$]; A2 [K-S=0,11; $p=0,450$]) como a variável Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR total: A1 [K-S=0,11; $p=0,488$]; A2 [K-S=0,12; $p=0,327$]) assumiram uma distribuição normal, em ambos os momentos avaliativos.

Ainda no âmbito do tratamento estatístico e em função da natureza das variáveis que estiveram implicadas no estudo do fenómeno em causa, faz-se saber ainda que foram utilizadas medidas descritivas de tendência central (média [M] e moda [Mo]), de localização (mínimo [Min.] e máximo [Max.]) e, de dispersão (amplitude de variação [AV] e desvio padrão [DP]); bem como aplicado o Teste *t* para amostras emparelhadas, por forma a determinar a evolução das variáveis GSE e EPFAR. Foram tomadas como significativas as medidas de *p* com valor inferior a 0,05.

4. DESENVOLVIMENTO

Conforme já descrito, o plano de desenvolvimento do Programa REATIVA foi baseado na discussão dos resultados obtidos pela avaliação efetuada na implementação do protótipo, ocorrida em painel Delphi.

A prescrição veiculada por este programa foi aplicada a GE₁ e a GE₂; teve início em janeiro de 2015 e terminou em abril. Contemplou 12 sessões que foram maioritariamente moderadas por investigadores do projeto REATIVA (Reforma Ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável [PTDC/MHC-PSC/4846/2012]) e por profissionais de referência das unidades prestadoras de cuidados de saúde primários onde foi implementado (Tabela 6).

Tabela 6

Plano de desenvolvimento das sessões do Programa REATIVA

Sessão	Designação	Local Data			Moderador
		USF Beira Ria	UCC Bairradina	CSNorton Matos	
#1	Passagem à reforma: uma transição do ciclo vital	21 jan	23 jan	6 fev	Helena Loureiro
#2	Saúde e Bem-estar 1	28 jan	30 jan	13 fev	Paula Camarneiro
#3	Saúde e Bem-estar 2	4 fev	6 fev	20 fev	Paula Camarneiro
#4	Saúde e Bem-estar 3	11 fev	10 fev	27 fev	Rogério Rodrigues Helena Loureiro
#5	Família e Conjugalidade	18 fev	20 fev	9 mar	Madalena Carvalho
#6	Família e Parentalidade	25 fev	27 fev	13 mar	Paula Camarneiro
#7	Famílias que somos e que temos	4 mar	6 mar	20 mar	Margarida Silva
#8	Redes de Apoio e Saúde 1	11 mar	13 mar	27 mar	Margarida Silva
#9	Redes de Apoio e Saúde 2	18 mar	20 mar	30 mar	Técnica superior de serviço social* Helena Loureiro
#10	Gestão económica	25 mar	27 mar	10 abr	Helena Loureiro
#11	Recursos e respostas de Saúde local	1 abr	31 mar	17 abr	Enfermeira responsável* Helena Loureiro
#12	Projetos para o futuro	8 abr	10 abr	24 abr	Helena Loureiro

*Profissional de referência no local de implementação do Programa REATIVA.

Faz-se saber que com o objetivo de efetuar uma avaliação imediata da eficiência do Programa REATIVA, a sua implementação foi precedida e sucedida da aplicação dos instrumentos já anteriormente descritos; nomeadamente da parte 2 referente às variáveis GSE e EPFAR. Ainda, à semelhança do procedimento realizado na implementação do protótipo, as sessões compreendidas entre #1 e #11 foram igualmente alvo de avaliação pela aplicação de um questionário de satisfação a todos os seus participantes.

PARTE III – EFICIÊNCIA DO PROGRAMA REATIVA

Apresenta-se a eficiência do Programa REATIVA mediante os resultados obtidos na evolução das variáveis da GSE e EPFAR, nas avaliações efetuadas antes (A1) e após imediata (A2) implementação.

1. AUTOEFICÁCIA GERAL PERCECIONADA

A autoeficácia geral percecionada refere-se às percepções das pessoas sobre as suas capacidades para realizar uma determinada tarefa, de modo a atingir um determinado objetivo ou resultado. Estas percepções influenciam a forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam, sendo um sistema importante atingir objetivos e executar com sucesso as tarefas a que se propôs (Bandura, 1997a). Taylor e Shore (1995) afirmaram que a autoeficácia pode ser um preditor importante da capacidade de se ajustar à reforma com sucesso.

Com base nestes pressupostos, foi avaliada a autoeficácia de reformados portugueses antes e depois da aplicação do Programa Reativa, na entrada na reforma (Tabela 7).

A análise dos resultados obtidos com o teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas para comparação das médias da autoeficácia, antes e depois da aplicação do programa, demonstra uma evolução positiva e estatisticamente significativa nos grupos experimentais, evidenciando os benefícios do programa nos sujeitos que nele participaram.

Os resultados foram favoráveis quer no grupo experimental 1 (GE1: $t=3,287$; $p=0,005$) quer no grupo experimental 2 (GE2: $t=2,469$; $p=0,033$). No grupo de controlo, observa-se uma ligeira descida na média da autoeficácia percebida, mas as diferenças no valor da autoeficácia não são significativas entre os dois momentos (GC: $t=-0,668$; $p=0,510$). Esta mudança significativa na autoeficácia dos reformados que participaram no programa pressupõe que estes passaram a acreditar mais nas suas capacidades pessoais para iniciar, executar e desempenhar com sucesso tarefas específicas, que possam exigir esforço e perseverança face às adversidades, de acordo com a definição inicial de Bandura (1977).

Contudo, 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. Assim, se por um lado temos pessoas a aumentar a sua autoeficácia após a participação num programa promotor da reforma, coloca-se a possibilidade de as pessoas que adotaram o programa apresentarem *a priori* níveis mais elevados de autoeficácia do que aqueles que não quiseram participar do mesmo.

Segundo Bandura (1997b), as crenças de autoeficácia cumprem uma função protetora ao impedirem o confronto com situações ameaçadoras e/ou para as quais o sujeito não possui as

capacidades e o controlo necessário. Além disso, o sentido de autoeficácia influencia igualmente a relação do sujeito com o sistema social onde se encontra inserido, por determinar a forma como o indivíduo interpreta e atua no sistema. De acordo com o mesmo autor, quando o sentido de autoeficácia é elevado, os indivíduos tendem a ser proativos nas estruturas. Quando o sentido de autoeficácia é baixo, os indivíduos mostram-se menos aptos a explorar as oportunidades concedidas pelo sistema.

Estas considerações indicam a pertinência de analisar resultados de outras variáveis, nomeadamente a satisfação com a reforma. Reis e Pushkar (citado por Adejumo, 2010) afirmaram que algumas das variações na satisfação com a reforma devem-se a determinantes psicológicos tais como a autoeficácia.

Quando realizada a análise por item (Tabela 7), constata-se que, no grupo experimental 1, os itens 4 (*Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados*) e 10 (*Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo*) são responsáveis pela significância obtida. Um aumento significativo de confiança em si mesmo e desenvolvimento de estratégias ativas para resolução de problemas contribuiu para o aumento da perceção de eficácia. 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).

No grupo experimental 2, o contributo para o aumento significativo da autoeficácia provém do item 7 (*Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações*) e do item 9 (*Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer*). Neste caso, são as estratégias de enfrentamento mais passivas, no sentido de calma e ponderação, as que mais se reforçaram após o programa realizado. A conjugalidade terá aqui um papel importante, pois é reforçada pela presença do cônjuge poderá aumentar estas competências. 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.

Como tem sido demonstrado na análise e discussão destes resultados, a autoeficácia é uma variável psicológica muito importante nos processos adaptativos. Barnes-Farrell (2003) mostraram que a autoeficácia está associada a baixa ansiedade pré-reforma. Estes resultados apontam para a importância de avaliar precocemente a autoeficácia quando se pretende conhecer o estado de saúde mental dos reformados recentes, ajudando a contribuir para o bem-estar e para uma melhor saúde em geral.

Tabela 7

Evolução da percepção de autoeficácia geral (GSE) em GE1, GE2 e GC

GRUPO	GE1 n=15				GE2 n=12				GC n=29			
	A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p	A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p	A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p
Momento Itens												
Eu consigo resolver sempre os problemas difíceis se eu tentar bastante.	3,00/0,655	3,20/0,561	0,20/0,414	1,871/0,082	2,82/0,874	3,09/0,701	0,27/0,467	1,936/0,082	2,79/0,978	2,86/0,789	0,07/0,593	0,626/0,537
Se alguém se opuser, eu posso encontrar os meios e as formas de alcançar o que eu quero.	2,93/0,704	3,07/0,594	0,14/0,352	1,468/0,164	2,55/1,128	2,91/0,701	0,36/0,674	1,789/0,104	3,31/0,541	3,11/0,604	0,10/0,378	0,230/0,102
É fácil para mim, agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.	2,93/0,961	3,00/0,845	0,07/0,458	0,564/0,582	2,82/0,874	3,09/0,701	0,27/1,272	0,711/0,493	3,07/0,884	3,14/0,789	0,69/0,458	0,812/0,424
Eu estou confiante que poderia lidar, eficientemente, com acontecimentos inesperados.	2,67/0,232	3,13/0,640	0,46/0,640	2,824/0,014	2,64/0,874	3,09/0,701	0,45/0,934	1,614/0,138	3,03/0,778	2,97/0,865	-0,69/0,799	-0,465/0,646
Graças ao meu desembaraço, eu sei como lidar com situações imprevistas.	2,87/0,915	3,13/0,743	0,26/0,594	1,740/0,104	3,00/0,632	3,27/0,647	0,27/0,467	1,936/0,082	3,07/0,704	3,10/0,673	0,03/0,325	0,571/0,573
Eu posso resolver a maioria de problemas se eu investir o esforço necessário.	3,13/0,516	3,27/0,594	0,14/0,352	1,468/0,164	3,00/1,265	3,55/0,688	0,55/1,036	1,747/0,111	3,07/0,458	3,10/0,772	0,03/0,731	0,254/0,403
Eu posso manter-me calmo ao enfrentar dificuldades porque eu posso confiar nas minhas capacidades para enfrentar as situações.	2,93/0,884	3,13/0,743	0,20/0,561	1,382/0,189	2,45/0,934	3,00/0,775	0,55/0,688	2,631/0,025	3,34/0,670	3,31/0,712	-0,03/0,325	-0,571/0,082
Quando eu sou confrontado com um problema, geralmente eu consigo encontrar diversas soluções.	3,03/0,704	3,17/0,594	0,14/0,352	1,468/0,164	2,91/0,701	3,18/0,603	0,27/0,647	1,399/0,192	3,31/0,761	3,17/0,848	-0,14/0,875	-0,849/0,403
Se eu estiver com problemas, geralmente consigo pensar em algo para fazer.	3,13/0,743	3,20/0,676	0,07/0,458	0,564/0,582	2,64/1,120	3,00/0,775	0,36/0,505	2,390/0,038	3,31/0,660	3,10/0,724	0,00/0,620	-1,797/0,083
Quando tenho um problema pela frente, geralmente ocorrem-me várias formas para resolvê-lo.	3,13/0,516	3,60/0,507	0,47/0,743	2,432/0,029	3,00/0,775	3,27/0,786	0,27/1,009	0,896/0,391	3,31/0,761	3,21/0,726	-0,20/0,860	-0,648/0,522
TOTAL	3,01/0,464	3,20/0,383	0,19/0,219	3,287/0,005	2,78/0,715	3,14/0,383	0,36/0,488	2,469/0,033	3,16/0,511	3,12/0,417	-0,03/0,278	-0,668/0,510

2. POSICIONAMENTO FACE À ADAPTAÇÃO À REFORMA

A percepção de Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR) foi avaliada em GE1 e GE2, antes (A1) e após (A2) a aplicação do programa REATIVA. Idêntica avaliação foi realizada em GC, sem que os recém-aposentados constituintes deste grupo tivessem sido sujeitos a qualquer intervenção.

Decorrente deste procedimento, constatou-se que em todos os grupos se verificou uma evolução média positiva nesta variável [GE1:M(A2-A1)=0,367; DP=0,366/GE2:M(A2-A1)=0,237; DP=0,469/GC:M(A2-A1)=0,093; DP=0,325]. Contudo, porque essa evolução se revelou unicamente significativa em GE1 ($t=3,906$; $p=0,002$), esta evidência veio sugerir que o programa terá exercido uma efetiva melhoria de percepção de adaptação à reforma nos indivíduos que participaram de forma individual (Tabela 8).

Mas numa análise mais detalhada por grupo e por dimensão, da escala em causa (Tabela 8), foi possível verificar que o programa não exerceu um idêntico efeito em todos os recém-aposentados a quem ele foi aplicado e que de certa forma as características do grupo em que estavam incluídos também poderá ter exercido influência no modo como a sua percepção evoluiu.

Assim, na dimensão Reforma e Reformado, os resultados obtidos no item *Consigo identificar objetivos para a minha vida futura* [GE1: M(A2-A1)=0,66; $t=2,320$; $p=0,036$ / GE2: M(A2-A1)=0,51; $t=2,283$; $p=0,046$] sugeriram que o programa terá sido eficiente naquele que foi um os seus principais desígnios: facilitar a percepção de competência para as mudanças e desafios que o novo estatuto de reformado suscita nos seus protagonistas. Os resultados obtidos pelo apuramento da evolução da percepção de autoeficácia, anteriormente apresentados, eram já sugestivos deste efeito de capacitação exercido pelo programa, demonstrando, por si só, a relevância da sua implementação de um programa desta natureza em termos de promoção da saúde. De resto, esta era já uma ideia defendida por Loureiro (2011; 2014), quando referia que sendo os cuidados de saúde primários a estrutura do serviço nacional de saúde mais conhecedora dos indivíduos, famílias e comunidades a quem se dirige, caberia a estes implementar programas de promoção da saúde no sentido de facilitar esta transição.

Na dimensão Promoção da Saúde Mental, os resultados obtidos no item *Sinto-me em harmonia com a vida atual* [GE1: M(A2-A1)=0,60; $t=3,154$; $p=0,007$ / GE2: M(A2-A1)=0,15; $t=3,614$; $p=0,005$] evidenciaram o efeito psicoemocional que o programa terá exercido nos seus participantes. Este efeito psicoemocional é expresso pela percepção de uma mais bem-sucedida adaptação a todas as alterações de vida que esta específica transição lhes terá suscitado. Nos casais participantes, para além desta percepção, o programa terá ainda originado uma maior competência de domínio do stresse que esta mesma vivência lhes terá igualmente originado (*Consigo gerir o stresse no dia-a-dia* [GE2: M(A2-A1)=0,727; $t=3,730$; $p=0,004$]). Estas evidências vieram revelar a importância do acompanhamento de saúde psicoemocional a que os protagonistas desta transição deverão estar sujeitos (Milne, 2013), por forma a favorecer a sua resiliência e bem-estar psicológico (Fonseca, 2011).

Na dimensão Rede de Apoio, os resultados revelaram que o programa foi eficiente nos indivíduos que participaram de forma individual, por lhes ter suscitado a perceção de um mais amplo conhecimento da rede de recursos comunitários que tinham ao seu dispor para fazer face às suas necessidades adaptativas (*Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes* [GE1: $M(A2-A1)=0,67$; $t=2,646$; $p=0,019$]). Esta evidência veio, em certo modo, expressar a incipiente informação que os cidadãos habitualmente apresentam com respeito aos recursos que dispõem, quer a nível da sua comunidade, quer a nível global. Assim, a veiculação desta informação pelo programa implementado terá sido muito bem acolhida. Contudo, porque não foi assumida idêntica perceção por parte dos elementos do GE2 [$M(A2-A1)=0,45$; $t=0,690$; $p=0,506$], esta evidência veio levantar questões sobre a diversidade e características da atual oferta de recursos dirigidos a casais.

Na dimensão Gestão Económica, evidenciou-se igualmente nos indivíduos que participaram de forma individualizada o efeito de capacitação que o programa implementado lhes terá suscitado, nomeadamente pela perceção que passaram a ter da necessidade de realizar um maior planeamento dos seus gastos [*Realizo um planeamento mensal dos meus gastos* (GE1: $M(A2-A1)=0,47$; $t=2,168$; $p=0,048$)]. Em boa verdade, ainda que alguns participantes da implementação do protótipo (Loureiro, Mendes, Camarneiro, et al., 2015) tivessem proferido que esta temática deveria ser apresentada em idades anteriores porque na fase em que se encontravam já se consideravam capacitados para realizar a sua própria gestão económica, a reflexão sobre as práticas de gasto diário e o reavivar do exercício de planeamento de balanço e orçamento proporcionado pelo programa terminou por se manifestar eficiente e de mais-valia as suas vidas.

Relativamente à dimensão Saúde e Envelhecimento, ainda que se tivesse verificado uma evolução positiva em todos os seus itens contemplados, as evidências estatísticas revelaram que esta perceção poderá não ter sido propriamente atribuída à aplicação do programa. É, de facto, muito difícil combater algumas crenças e mitos relativos a comportamentos em saúde que se foram cristalizando ao longo de uma vida e mais difícil ainda falar sobre o tema do envelhecimento e do carácter de morbilidade e dependência a este associado. É, seguramente, um tema pouco apetecível nesta transição até mesmo porque, conforme foi dado a aperceber durante a implementação do programa, os protagonistas desta transição não se assumem como idosos (quando, de facto, não o são). Mas é importante interiorizar que este processo é evolutivo, que ocorre em cada um de nós e que, tal como outros processos da nossa vida, se torna necessário tomar a sua consciência e atuar no sentido de promover o seu equilíbrio (Fonseca, 2014; Veríssimo, 2014).

Na dimensão Família e Conjugalidade, a evolução positiva verificada no item *Sinto-me bem sexualmente* [GE1: $M(A2-A1)=0,60$; $t=2,553$; $p=0,023$ / GE2: $M(A2-A1)=0,02$; $t=2,764$; $p=0,020$] fez evidenciar a maior procura e partilha de intimidade que o programa suscitou nos seus participantes. O programa parece ter desencadeado ainda a perceção de uma comunicação mais efetiva nos casais [*Na minha relação há dialogo e partilha* GE2: $M(A2-A1)=0,04$; $t=2,390$; $p=0,038$] e de comunhão conjugal dos projetos de vida, nos recém-aposentados que participaram individualmente [*Quando decido em casal consigo mais e melhor* GE1: $M(A2-A1)=0,73$; $t=2,955$; $p=0,010$]. Estes resultados reiteraram a necessidade sentida

pelos casais de meia-idade em terem um espaço para refletir e trabalhar a sua conjugalidade, muitas das vezes colocada em segundo plano em função das exigências laborais, parentais e outras que ao longo da vida se foram apresentando ao casal (Delamontagne 2010; Carvalho, 2015; Goodman, 2011; Yogev, 2011).

Na dimensão Família e Parentalidade, a perceção de apoio e suporte focalizada nos netos evidenciou-se em ambos os grupos, após a aplicação do programa [GE1: $M(A2-A1)=0,60$; $t=2,806$; $p=0,014$ / GE2: $M(A2-A1)=0,69$; $t=2,319$; $p=0,043$]. Esta tinha já sido uma das conclusões a que Loureiro (2011) tinha chegado quando, num inquérito realizado em 432 recém-aposentados, constatou que seguidamente ao cônjuge os netos eram por estes percecionados como uma relevante fonte de apoio na transição que na época vivenciavam. Ainda no presente estudo, e nos recém-aposentados que participaram de forma individual, essa atitude de suporte fez-me manifestar pela maior perceção de felicidade que os seus descendentes lhes proporcionavam [*Os meus netos fazem-me feliz* GE1: $M(A2-A1)=0,73$; $I=3,214$; $p=0,006$]. Reiterou-se, desta forma, a perspetiva de que os netos constituem uma importante fonte de prazer e de afeto, tendo o tempo livre decorrente da reforma permitido o estreitamento das relações entre os avós e os seus netos. Os reformados desta amostra talvez tivessem, com este programa, refletido sobre a verdadeira importância dos seus netos para si próprios e do papel fundamental que podem desempenhar junto dos mesmos.

A aproximação entre estas duas gerações depende, em muitos casos, da solicitação dos filhos, desempenhando estes um papel importante na integração dos avós no desenvolvimento da vida familiar e, conseqüentemente, na transgeracionalidade bem-sucedida. Para além da relação com os netos e da felicidade que estes trazem, as pessoas reformadas, com descendentes, esperam partilhar atividades de tempo livre com os filhos; ajudam os filhos porque os filhos precisam, mesmo que isso constitua um esforço e esperam, no futuro, a ajuda dos filhos, com a presença, o afeto e o cuidar (Camarneiro, Loureiro, Silva, & Pedreiro, 2015).

Tabela 8

Evolução do Posicionamento Face à Adaptação à Reforma (EPFAR) em GE1, GE2 e GC

Dimensão	GRUPO	GE1 n=15				GE2 n=12				GC n=29			
		A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p	A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p	A1 M/DP	A2 M/DP	A2-A1 M/DP	t/p
Reforma e Reformado	Sinto-me confortável no meu estatuto de reformado/a	3,07/0,799	3,27/0,704	0,20/0,862	0,899/0,384	2,92/0,793	3,27/0,704	0,35/1,328	0,454/0,659	3,55/0,572	3,48/0,574	-0,07/0,842	-0,441/0,663
	Consigo identificar objetivos para a minha vida atual	2,73/0,884	3,27/0,704	0,54/0,990	2,086/0,056	2,92/0,793	3,27/0,704	0,35/0,924	2,283/0,046	3,21/0,940	3,34/0,670	0,13/0,953	0,779/0,442
	Consigo identificar objetivos para a minha vida futura	2,67/0,816	3,33/0,816	0,66/1,113	2,320/0,036	2,82/0,751	3,33/0,816	0,51/0,924	2,283/0,046	3,10/0,976	3,17/0,468	0,07/0,998	0,372/0,712
	Estar reformado/a permite-me concretizar os projetos que tinha idealizado	2,67/0,724	3,20/0,775	0,53/1,125	1,835/0,088	2,73/0,905	3,20/0,775	0,47/1,250	0,482/0,640	3,34/0,857	3,41/0,501	0,07/0,842	0,441/0,663
Promoção Saúde Mental	Sinto-me em harmonia com a vida atual	3,00/0,756	3,60/0,507	0,60/0,737	3,154/0,007	2,55/0,688	3,60/0,507	0,15/0,751	3,614/0,005	3,24/0,786	3,52/0,634	0,28/0,797	1,864/0,073
	Sinto que passei a ter mais tempo para os meus afazeres	3,27/0,594	3,53/0,516	0,26/0,594	1,740/0,104	3,73/0,467	3,53/0,516	-0,02/0,701	-0,430/0,676	3,31/0,806	3,48/0,574	0,17/0,805	1,154/0,258
	O tempo que disponho é utilizado de forma útil	3,13/0,743	3,40/0,632	0,27/0,594	1,740/0,104	3,73/0,467	3,40/0,632	-0,33/0,701	-0,430/0,676	3,38/0,728	3,52/0,574	0,14/0,833	0,891/0,380
Rede de Apoio	Consigo gerir o stress no dia-a-dia	3,13/0,834	3,20/0,775	0,07/1,223	0,211/0,836	2,73/0,467	3,20/0,775	0,47/0,647	3,730/0,004	3,48/0,574	3,41/0,568	-0,07/0,258	-1,444/0,161
	Sinto apoio da minha família	3,60/0,507	3,53/0,640	-0,07/0,594	-0,435/0,670	3,53/0,522	3,55/0,640	0,02/0,570	0,356/0,654	3,28/0,841	3,45/0,572	0,17/0,711	1,307/0,202
	Os recursos existentes na minha comunidade são suficientes	2,60/0,632	3,27/0,594	0,67/0,976	2,646/0,019	2,82/0,603	3,27/0,594	0,45/0,874	0,690/0,506	3,10/0,817	3,31/0,660	0,21/0,819	1,361/0,184
	Sei como aceder aos recursos da minha comunidade	2,93/0,704	3,20/0,676	0,27/1,163	0,888/0,389	2,91/0,701	3,20/0,676	0,29/1,128	1,336/0,211	3,00/0,802	3,31/0,471	0,31/0,850	1,967/0,059
Gestão Económica	Sinto que tenho o apoio necessário quando necessário	2,80/0,561	3,07/0,799	0,27/0,884	1,169/0,262	3,07/0,831	3,09/0,799	0,02/1,342	0,234/0,867	3,38/0,561	3,38/0,494	0,00/0,655	0,000/0,999
	Realizo um planeamento mensal dos meus gastos	3,07/0,594	3,53/0,516	0,47/0,834	2,168/0,048	3,09/0,539	3,53/0,516	0,44/1,036	-1,456/0,176	3,14/0,875	3,48/0,688	0,34/0,857	2,167/0,039
	Sei gerir o meu dinheiro	3,40/0,632	3,60/0,632	0,20/0,676	1,146/0,271	3,36/0,674	3,60/0,632	0,24/0,831	0,363/0,724	3,48/0,785	3,55/0,686	0,07/0,593	0,626/0,537
	Consigo estabelecer prioridades nas compras que realizo	3,40/0,507	3,47/0,640	0,07/0,799	0,323/0,751	3,18/0,751	3,47/0,640	0,29/0,786	1,150/0,277	3,31/0,850	3,34/0,814	0,03/0,823	0,226/0,823
Saúde e Envelhecimento	Sei resistir à pressão da publicidade do consumo	3,33/0,617	3,60/0,507	0,27/0,594	1,740/0,104	3,36/0,809	3,60/0,507	0,26/1,136	0,265/0,796	3,31/0,891	3,48/0,785	0,17/0,468	1,983/0,057
	Gosto de mim tal como eu sou	3,13/0,743	3,47/0,516	0,34/0,816	1,581/0,136	3,47/0,505	3,64/0,516	0,17/0,831	0,363/0,724	3,41/0,682	3,55/0,632	0,14/0,516	1,440/0,161
	Sinto-me bem	3,07/0,884	3,13/0,640	0,06/0,961	0,269/0,792	3,09/0,701	3,13/0,640	0,04/1,036	1,456/0,176	3,41/0,946	3,52/0,688	0,11/1,012	0,550/0,586
	Cuido de mim	3,13/0,834	3,33/0,617	0,20/0,941	0,823/0,424	3,18/0,751	3,33/0,617	0,12/0,809	1,491/0,167	3,66/0,553	3,48/0,688	-0,18/0,602	-1,543/0,134
Família e Conjugalidade	Tenho medo de envelhecer	2,47/0,990	2,73/0,704	0,26/1,223	0,845/0,413	2,55/1,214	2,73/0,704	0,18/0,924	1,305/0,221	2,21/0,978	2,31/1,039	0,10/0,772	0,722/0,477
	Estou satisfeito com a minha relação conjugal	3,13/0,834	3,53/0,516	0,40/0,828	1,871/0,082	3,64/0,505	3,53/0,516	-0,11/0,786	-1,150/0,277	3,24/0,988	3,31/0,891	0,07/0,923	0,402/0,691
	Quando decido em casal consigo mais e melhor	2,87/0,743	3,60/0,632	0,73/0,961	2,955/0,010	3,09/0,539	3,60/0,632	0,51/0,701	0,430/0,676	3,14/0,915	3,24/0,739	0,10/0,900	0,619/0,541
Família e Parentalidade	Na minha relação há diálogo e partilha	3,00/0,756	3,40/0,632	0,40/0,910	1,702/0,111	3,36/0,505	3,40/0,632	0,04/0,505	2,390/0,038	3,21/0,902	3,24/0,511	0,03/0,944	0,197/0,846
	Sinto-me bem sexualmente	2,60/0,828	3,20/0,775	0,60/0,910	2,553/0,023	2,18/0,982	3,20/0,775	0,02/0,982	2,764/0,020	3,14/0,990	3,17/0,805	0,03/0,906	0,205/0,839
	Sinto que posso contar com os meus filhos	3,27/0,884	3,60/0,507	0,33/0,976	1,323/0,207	3,27/1,191	3,60/0,507	0,33/1,368	1,102/0,296	3,24/0,577	3,34/0,484	0,10/0,489	1,140/0,264
Família e Parentalidade	Sinto que posso continuar a ser útil aos meus filhos	3,40/0,910	3,73/0,458	0,33/1,047	1,234/0,238	3,36/0,674	4,00/0,000	0,04/0,786	2,193/0,053	3,52/0,574	3,52/0,634	0,00/0,535	0,000/0,999
	Sinto que os meus netos contam comigo	3,00/0,845	3,60/0,507	0,60/0,828	2,806/0,014	2,91/1,044	3,60/0,507	0,69/0,688	2,319/0,043	3,28/0,841	3,14/0,875	-0,14/0,875	-0,849/0,403
	Os meus netos fazem-me feliz	3,27/0,884	4,00/0,000	0,73/0,884	3,214/0,006	3,36/0,674	4,00/0,000	0,04/0,786	2,193/0,053	3,34/0,857	3,55/0,632	0,21/0,726	1,535/0,136
Total	3,04/0,391	3,40/0,209	0,37/0,366	3,906/0,002	3,133/0,246	3,40/0,209	0,27/0,469	1,676/0,125	3,26/0,381	3,35/0,286	0,09/0,325	1,549/0,132	

SÍNTESE CONCLUSIVA

O Programa REATIVA resultou de um percurso de investigação que envolveu diversos momentos de intervenção empírica e nos quais, em função dos objetivos e objetos de estudo, foram utilizadas diferentes abordagens metodológicas. Resultou, mais especificamente, das evidências que emergiram dos *focus groups* organizados em que participaram recém-aposentados; das entrevistas conjugais realizadas com casais que estivessem a vivenciar a transição para a reforma de forma recente; da construção do protótipo baseada nessas evidências; e, já numa última fase, daqueles que foram os resultados obtidos do teste piloto desse mesmo protótipo.

Este programa que envolveu a realização de 12 sessões, subordinadas a temáticas que se fizeram constituir de particular vulnerabilidade na transição em estudo (como foram exemplo: Reforma e reformado, Saúde mental, Saúde e envelhecimento, Redes de apoio, Gestão económica, Família e conjugalidade e, Família e parentalidade), foi, segundo metodologia prescritiva, aplicado a dois grupos experimentais: GE1, constituído por recém-reformados e GE2, constituído por casais em que pelo menos um dos cônjuges fosse recém-reformado.

Com o objetivo de monitorizar a eficiência da sua implementação, e paralelamente à intervenção efetuada nos referidos grupos GE1 e GE2, tomou-se ainda como amostra um grupo controlo igualmente constituído por recém-reformados (GC) que não teve qualquer intervenção. A determinação da referida eficiência foi conseguida pela participação de todos os elementos dos mencionados grupos no preenchimento das escalas de perceção de autoeficácia geral (GSE) e do posicionamento face à adaptação à reforma (EPFAR) a todos os grupos aplicada.

Em resultado deste último procedimento, verificou-se que o Programa REATIVA revelou ser eficiente naquele que foi principal propósito - melhorar a perceção de autoeficácia e de adaptação à passagem à reforma. A evolução média positiva da perceção de autoeficácia em todos os que foram submetidos a este programa (GE1 e GE2), e a simultânea evolução média positiva da perceção de adaptação à reforma naqueles que participaram de forma individualizada (GE1), evidenciaram o efeito imediato que esse mesmo programa exerceu.

A avaliação tardia, a realizar num futuro próximo, irá proporcionar mais evidências que permitam tecer considerações sobre a real eficiência deste programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, G. A., & Beehr, T. A. (2003). *Retirement: Reasons, processes, and results*. New York: Springer.
- Adejumo, A. O. (2010). Influence of social support, self-efficacy, and personality on the general health of retirees in Lagos, Nigeria. *Educational Gerontology*, 36, 907-918. doi: 10.1080/03601271003744640
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1997a). Health promotion from the perspective of social cognitive Theory. *Psychology and Health* 13, 623-694.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barnes-Farrell, J. L. (2003). Beyond health and wealth: Attitudinal and other influences on retirement decision-making. In G. Adams & T. Beehr (Editors), *Retirement: Reasons, processes, and results*. New York: Springer.
- Camarneiro, A. P., Loureiro, H., Silva, M., & Pedreiro, A. (2015). *Sus hijos y sus nietos. Experiencia de los recursos familiares en la transición a la jubilación*. In? Libro de Atas do II Congreso Internacional Iberoamericano de Enfermería "Competencias en Enfermería: Tendiendo puentes al Conocimiento" Madrid. Fundación para la cooperación Investigación y Desarrollo de la Enfermería. E-book.
- Carvalho, M. (2015). Desafios da conjugalidade em ninho vazio. *Revista de Enfermagem Referência*, Sup. 3(4), 185-188. ISSN: 2182.2883
- Delamontagne, R. (2010). *Honey I'm home: How to prevent or resolve marriage conflicts caused by retirement*. New Hope, Pennsylvania: Fairview.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e reformados*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A. M. Fonseca, *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa, Portugal: Coisas de ler.
- Goodman, R (2011). *Too much togetherness: Surviving retirement as a couple*. Springville, USA: Bonneville.
- 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. (2014). "Passagem à reforma": Uma vivência a promover em cuidados de saúde primários. In A. M. Fonseca, *Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos*. Lisboa, Portugal: Coisas de ler.
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fernandes, A., Fonseca, A., Veríssimo, M., ... Ângelo, M. (2014). *A Transição para a reforma em reformados portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, H., Mendes, A., Camarneiro, A., Fonseca, A., Silva, M., Carvalho, M., ... Ângelo, M. (2014). *A Transição para a reforma em casais portugueses*. Coimbra, Portugal: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, H., Mendes, A., Rodrigues, R., Apóstolo, J., & Rodrigues, M. (2014). The experience of programs to promote health in newly retired adults and their families: A qualitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 12(1), 33-44.
- 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 / Escola Superior de Enfermagem de Coimbra .

- 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. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports*, 13(4), 276 – 294.
- Milne, D. (2013). *The Psychology of retirement: Coping with the transition from work*. Chichester, West Sussex, United Kingdom: 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, 51-58. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/tr2013a8>
- Nunes, R., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1999). Auto-eficácia geral percebida. Recuperado de http://web.fuberlin.de/gesund/skalen/Language_Selection/Portuguese/Auto-Eficacia_Geral_Percepcion/hauptteil_auto-eficacia_geral_percepcion.htm
- Schwarzer, R., & Fuchs, R. (1996). *Self-efficacy and health behaviours*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Taylor, M. A., & Shore, L. M. (1995). Predictors of planned retirement age: An application of Beehr's model. *Psychology and Aging*, 10, 76-83.
- Taylor-Carter, M. A., & Cook, K. (2005). Adaptation to Retirement: Role, changes and Psychological Resources. *Career Development Quarterly*, 44(1), 67-82.
- Veríssimo, M. (2014). *Geriatría 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*. New York, USA: Contemporary Books.

ANEXOS

Anexo I – Deferimento da Comissão de Ética da UICISA: E e da ARSC

COMISSÃO DE ÉTICA
da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC)**

Parecer N° P131-01/2013

Título do Projecto: Reforma ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Aida Maria Mendes, Ana Alexandre Fernandes, Ana Paula Camarneiro, António Manuel Fonseca, Helena Loureiro, Manuel Veríssimo, Margarida Silva, Maria Madalena Carvalho, Rogério Rodrigues

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Orientador: Helena Loureiro

Relator(es): Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivo geral construir um programa de intervenção em saúde promotor de autoeficácia percebida, da autoestima percebida e da resiliência familiar, dirigido a indivíduos e subsistemas conjugais que se encontra, numa fase do ciclo vital de meia-idade e que vivenciam um processo de adaptação à reforma. O projecto tem ainda como objectivos específicos: a) identificar as alterações e/ou dificuldades percecionadas pelos indivíduos e subsistemas conjugais, durante o processo de adaptação à reforma; b) caracterizar as dinâmicas relacionais estabelecidas no subsistema conjugal, durante o processo de adaptação à reforma; c) conhecer as estratégias utilizadas pelos indivíduos e subsistemas conjugais para fazer face às alterações e/ou dificuldades percecionadas, durante o processo de adaptação à reforma; d) elaborar um programa de promoção da saúde (Reforma Ativa/REATIVA), dirigido a subsistemas conjugais, a ser aplicado durante o processo de adaptação à reforma; e) avaliar a eficiência da implementação do programa REATIVA.

Trata-se de um estudo de investigação-acção, envolvendo metodologias descritivo-exploratórias e prescritas com a finalidade de implementação do programa de promoção da saúde designado por REATIVA. A população alvo será constituída por casais em fase do ciclo vital da meia-idade a vivenciar a transição para a reforma.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade e são apresentados os consentimentos informados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 13 /02/2013 O Presidente da Comissão de Ética: [Assinatura]

COMISSÃO DE ÉTICA DA ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO

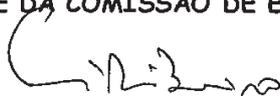
IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO: "Reforma ativa: estudo de um programa promotor de um envelhecimento saudável"

APRECIÇÃO GERAL: Estudo bem apresentado e organizado.

PARECER FINAL: Como já tem parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA-E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), já não necessita do parecer da Comissão de Ética da ARS Centro.

DATA: 20/06/2013

O PRESIDENTE DA COMISSÃO DE ÉTICA



Homologues o
parecer final
27.6.2013

Conselho Diretivo
da A.R.S. do Centro, I.P.


Dr. José Manuel Azenha Teresa
Presidente,

Dr. Fernando José S. Lopes de Almeida
Vice-Presidente,

Dr. Luís Manuel Miguel Mendes Cobrei
Vogal,

Dr. Maria Augusta Mota
Vogal,

Anexo II – Consentimento Informado 5 e 6

CONSENTIMENTO INFORMADO (5)

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 em responder a um questionário, em 3 momentos distintos, e ser alvo de um programa de promoção da saúde (REATIVA), segundo a cronologia que a seguir se apresenta.



O programa será desenvolvido em 1 sessão semanal, em dias a combinar, e a sua frequência será totalmente gratuita. A realização dos referidos procedimentos terá por objetivo geral “*Avaliar o efeito de um programa de promoção da saúde em casais que vivenciam a adaptação à reforma*”, os dados colhidos serão analisados por um grupo de investigadores que colaboram no estudo e o resultado da sua análise será publicado, mantendo o anonimato e a confidencialidade das pessoas envolvidas.

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: ___ / ___ / ___

CONSENTIMENTO INFORMADO (6)

Helena Maria Almeida Macedo Loureiro, profª 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 vossa participação neste estudo consistirá em responder a um questionário, em 3 momentos distintos, e ser alvo de um programa de promoção da saúde (REATIVA), segundo a cronologia que a seguir se apresenta.



O programa será desenvolvido em 1 sessão semanal, em dias a combinar, e a sua frequência será totalmente gratuita. A realização dos referidos procedimentos terá por objetivo *“Avaliar o efeito de um programa de promoção da saúde em casais que vivenciam a adaptação à reforma”*. Os dados colhidos serão analisados por um grupo de investigadores que colaboram no estudo e o resultado da sua análise será publicado, mantendo o anonimato. A não participação neste estudo não implicará qualquer tipo de alteração no atendimento ou nos cuidados de saúde, que a vossa instituição habitualmente vos fornece.

Assentimento (concordância):

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

Assinatura dos Participantes (protagonista e cônjuge)

Assinatura do Investigador

Data: ___ / ___ / ___

Anexo III – Escala de Autoeficácia Geral Percecionada (GSE)

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 IV – 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 dialogo 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				
	Os meus netos fazem-me feliz				

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

