

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**Mestrado em Sociologia**

**Área de especialização: Família e População**

**“A REFORMA DOS ENFERMEIROS:  
TEMPO DE DESCANSO OU SEGUNDA CARREIRA?”**

**Dissertação de Mestrado apresentada por:  
Prazeres Fortunata Guerra Caeiro Vieira**

**Orientador:  
Prof. Doutor J. Manuel Nazareth**

**“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.”**

**Évora  
2005**

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**Mestrado em Sociologia**

**Área de especialização: Família e População**

**“A REFORMA DOS ENFERMEIROS:  
TEMPO DE DESCANSO OU SEGUNDA CARREIRA?”**

Dissertação de Mestrado apresentada por:  
Prazeres Fortunata Guerra Caeiro Vieira



156 977

Orientador:  
Prof. Doutor J. Manuel Nazareth

“Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.”

Évora  
2005

*“O projecto de vida não pode ser conceptualizado independentemente da experiência do tempo vivido.”*

*“ O conceito de devir encerra em si a possibilidade de, no presente, projectar-se no futuro, com a condição de dar continuidade à sua experiência passada. Só a prospecção das possibilidades, dando significado dinâmico ao futuro, pode validar o nosso presente existencial.”*

May, 1977

# ÍNDICE

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Sequência de Quadros

Sequência de Figuras

Sequência de Gráficos

Siglas e Abreviaturas

Introdução ..... 9

## Capítulo I

### Envelhecimento Demográfico: Uma Encruzilhada ao Virar do Século

1.1- A Problemática do Envelhecimento ..... 18

1.2- Evolução da População Mundial ..... 22

1.3- O Envelhecimento Demográfico em Portugal no Contexto da Europa<sup>26</sup>

1.4- Contributo da Fecundidade, Mortalidade e Migrações para o Envelhecimento Demográfico ..... 39

1.5- O Envelhecimento e a Estrutura Familiar ..... 69

1.6- O Envelhecimento no Alentejo ..... 72

## Capítulo II

### Como se Coloca a Problemática do Envelhecimento na Reforma dos Activos

2.1 - Considerações Introdutivas ..... 76

2.2 - Definição de Reforma ..... 77

2.3 - O Percurso da Reforma ..... 81

2.4 - Alterações no Quotidiano do Indivíduo após a Reforma ..... 82

2.5 - Pensões e Direito à Segurança Social ..... 87

2.6 - Estatística dos Aspectos Socioeconómicos dos Reformados em Portugal ..... 95

## Capítulo III

### A Reforma dos Enfermeiros / Tempo de Descanso ou Segunda Carreira

3.1 – Origem da Profissão.....	105
3.2 – Enfermagem na Actualidade Global.....	107
3.3 – Enfermagem na Actualidade Estatística.....	113
3.4 – A Enfermagem nas Políticas Nacionais.....	118
3.5 – O Caso Particular dos Enfermeiros da Pré-reforma do Hospital do Espírito Santo de Évora	
3.5.1 – Aspectos metodológicos.....	123
3.5.2. – Caracterização da Instituição (HESE).....	133
3.5.3 – Caracterização da população em análise.....	136
3.5.4 – Experiência profissional.....	146
3.5.5 – O significado da reforma para os enfermeiros.....	151
3.5.6 – A idade ideal para a reforma.....	160
3.5.7 – A reforma dos enfermeiros, tempo de descanso ou segunda carreira.....	166
Conclusão.....	169
Bibliografia.....	177
Anexo I	
Anexo II	
Anexo III	

## AGRADECIMENTOS

- Ao Professor J. Manuel Nazareth por ter aceite orientar este trabalho, pela contínua disponibilidade e forma clara e objectiva como manifestou a sua opinião.
- Ao concelho de administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, pelo consentimento para a aplicação do questionário.
- Às Enfermeiras Chefes de cada serviço pela colaboração.
- Às colegas inquiridas pela disponibilidade demonstrada na aplicação do instrumento de colheita de dados.
- À Ana Dias e à Anjos Bento pelo incentivo sempre oportuno para continuar este trabalho.
- Às colegas de trabalho pela compreensão nas horas de stress.
- Aos meus pais, em especial a minha mãe e irmã pela paciência, ajuda, compreensão e exemplo de coragem que me transmitem.
- Ao meu “porto seguro” personificado nos meus filhos e no meu marido pelo carinho e compreensão que sempre me dispensaram.
- Ainda aos meus sogros e cunhados porque só uma família numerosa e unida permite empreender este trabalho conciliando todos os meus papéis.

A Todos Muito Obrigado!

# **“ A REFORMA DOS ENFERMEIROS: TEMPO DE DESCANSO OU SEGUNDA CARREIRA”**

## **RESUMO**

Da revisão da literatura verificamos:

- O envelhecimento da população;
- O aumento do nº de pensionistas com consequente ruptura dos sistemas;
- A actividade de enfermagem com efectivos reduzidos prevê o adiamento da

reforma.

Este estudo descritivo exploratório efectuado mediante a aplicação de um questionário aos enfermeiros com mais de cinquenta anos no H.E.S.E. conclui que:

-A reforma significa mudança, disponibilidade, descanso merecido e liberdade a gozar em prol da família e de si mesmo.

-A Idade Ideal para a reforma dos enfermeiros situa-se, entre os 55 e 57 anos, pela natureza da profissão, (desgaste, esgotamento, stress, pelo tipo de horário) e por assistir ao sofrimento humano.

-Atrasar a reforma acarreta desequilíbrio pessoal, familiar e social, pela redução das capacidades físicas e mentais, impaciência e riscos para o próprio e para o doente.

-A maioria não pretende trabalhar. Os restantes elementos, perspectivam actividades lúdicas (pintar, estudar...) e só 14% planeiam uma segunda carreira de voluntariado com redução de horário, dependendo das condições de saúde.

**“Nurses’ Retirement:  
Is it a time for rest or for a second career?”**

**ABSTRACT**

For a revision of the literature we verified:

- The ageing of the population;
- The increase in the number of pensioners with consequent rupturing of the systems;
- The activity of nursing with reduced effectiveness predicted the delay in the retirement.

This exploratory descriptive study was made by the application of a questionnaire to nurses of more than 50 years of age in H.E.S.E., and it concluded that:

- Retirement means change, availability, deserved rest and free time to enjoy the family and for themselves.

- The appropriate age for retirement is placed, in their opinion, between 55 and 57 years old, because of the nature of the profession, the type of working hours and because the attention to sick people and exposure to human suffering cause the nurses great weariness, nervous breakdown, brain fatigue and stress.

- A delay in the age of retirement will cause personal, family and social instability; physical and intellectual abilities will be decrease and impatience and risks for themselves and for the patient will be increased.

- It is not the intention of most nurses to work after retirement. Those who do, prefer to do activities like painting or studying. Only 14% plan a second career, volunteering career with a reduced time-table, but this all depends on the state of their health.

## SEQUÊNCIA DE QUADROS

Quadro 1 – Evolução da população mundial	22
Quadro 2 – % População com 65 e mais anos na União Europeia, em 1993-2003	26
Quadro 3 – % População com menos de 15 anos na União Europeia, em 1993-2003	27
Quadro 4 – Grupos Funcionais e Índices – resumo para Portugal em 1970, 1991 e 2001	32
Quadro 5 – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus em 1990	45
Quadro 6 – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus em 2002	47
Quadro 7 – Evolução das taxas brutas de mortalidade (%) por regiões (1950-2003)	51
Quadro 8 – Taxas brutas de mortalidade em países da União Europeia	53
Quadro 9 – Indicadores sobre a mortalidade, Portugal 1981-2001	54
Quadro 10 – Esperança de vida à nascença (anos) na Europa	55
Quadro 11 – Taxas de mortalidade infantil (2003) nos países da Europa	58
Quadro 12 – Imigração em Portugal (origem dos principais grupos de imigrantes)	69
Quadro 13 – Indicadores de desenvolvimento do distrito, Alentejo e Portugal	74
Quadro 14 – Comparações internacionais (U.E.) do número de enfermeiros por mil habitantes 1998/2002	114
Quadro 15 – Total de efectivos do Serviço Nacional de Saúde e efectivos enfermeiros	115
Quadro 16 – Total de efectivos médicos e enfermeiros do S.N.S. por Região em 2002.	116
Quadro 17 – Distribuição dos enfermeiros por região segundo o grupo etário 2002	117
Quadro 18 – Distribuição dos (as) enfermeiros (as) de 1997 a 2004 no HESE	126
Quadro 19 – Recursos Humanos do HESE em 2003	135
Quadro 20 – Serviços prestados no HESE ano de 2003	136
Quadro 21 – Distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo a Resposta ao questionário	137
Quadro 22 – Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de não respostas	137
Quadro 23 – Da distribuição de inquiridos por serviços onde prestam funções	138
Quadro 24 – Distribuição dos enfermeiros segundo o Sexo	139

Quadro 25 – Distribuição das enfermeiras por Serviço e Sexo	140
Quadro 26 – Distribuição dos enfermeiros segundo a Idade	141
Quadro 27 – Distribuição dos enfermeiros por Idade e Serviços	142
Quadro 28 – Distribuição do maior número de anos de serviço de cada profissional pelo respectivo serviço	148
Quadro 29 – Distribuição dos enfermeiros por serviços com horário fixo	149
Quadro 30 – Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de horário nos serviços que funcionam 24 horas	150

### SEQUÊNCIA DE FIGURAS

Figura 1 – Pirâmide Etária da População Portuguesa entre 1991/2001	30
Figura 2 – Distribuição percentual das famílias unipessoais segundo o escalão etário e sexo, Portugal, 2001	71
Figura 3 – Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001	96
Figura 4 – Evolução das taxas de actividade segundo o sexo, Portugal 1992-2001	97
Figura 5 – Níveis de instrução da população idosa activa e inactiva segundo o sexo, Portugal 2001	97
Figura 6 – Hospital do Espírito Santo de Évora	133

### SEQUÊNCIA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Grupos funcionais – Portugal 1970	33
Gráfico 2 – Grupos funcionais – Portugal 1991	33
Gráfico 3 – Grupos funcionais – Portugal 2001	34
Gráfico 4 – Índices de Juventude e de Envelhecimento Portugal 1970-1991	35
Gráfico 5 – Índices de Juventude e de Envelhecimento Portugal 2001	35
Gráfico 6 – Índices de Dependência Portugal 2001	37
Gráfico 7 – Indicador conjuntural de fecundidade dos Países da União Europeia, em 1995/1999 (filhos por mulher)	41
Gráfico 8 – Modelo de Fecundidade Portugal	43

<b>Gráfico 9 – Modelos de Fecundidade – Grécia, Irlanda, Dinamarca e Portugal 1990</b>	<b>46</b>
<b>Gráfico10 – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus/2002</b>	<b>48</b>
<b>Gráfico11 – Esperança média de vida à nascença: Portugal 1960-2001</b>	<b>55</b>
<b>Gráfico12 – Esperança média de vida à nascença Nuts II 2000-2001</b>	<b>56</b>
<b>Gráfico 13 – Taxas de mortalidade infantil 1960-2002</b>	<b>58</b>
<b>Gráfico 14 – Mortalidade infantil Nuts II (1980-2001)</b>	<b>59</b>
<b>Gráfico 15 – Emigração permanente e temporária 1992-2002</b>	<b>63</b>
<b>Gráfico 16 – Emigrantes por país de destino</b>	<b>64</b>
<b>Gráfico 17 – Emigrantes por grupos etários</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 18 – População estrangeira com Estatuto de residente-1990/2002</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 19 – Evolução população Estrangeira com residência Legalizada-1975/2001</b>	<b>65</b>
<b>Gráfico 20 – População estrangeira com estatuto legal de residente segundo a nacionalidade desde 2002</b>	<b>66</b>
<b>Gráfico 21 – População estrangeira que solicitou estatuto de residente, segundo a idade em 2002</b>	<b>67</b>
<b>Gráfico 22 – Famílias unipessoais de idosos por sexo (% no total de famílias unipessoais), Portugal e NUTS II, 2001</b>	<b>72</b>
<b>Gráfico 22 – Duração semanal de trabalho segundo o sexo, Portugal 2001</b>	<b>98</b>
<b>Gráfico 23 – Actividades diárias não remuneradas segundo o sexo, Portugal 1997</b>	<b>99</b>
<b>Gráfico 24 – Distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil</b>	<b>143</b>
<b>Gráfico 25 – Distribuição dos enfermeiros segundo Ter Filhos</b>	<b>143</b>
<b>Gráfico 26 -Distribuição do número de filhos por enfermeiro</b>	<b>144</b>
<b>Gráfico 27 – Frequência da idade dos filhos dos enfermeiros por classe etária</b>	<b>145</b>
<b>Gráfico 28 – Distribuição das enfermeiras segundo as Habilitações Profissionais</b>	<b>146</b>
<b>Gráfico 29 – Distribuição dos enfermeiros segundo o Tempo de Exercício profissional</b>	<b>147</b>
<b>Gráfico 30 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de horário</b>	<b>149</b>
<b>Gráfico 31 – Distribuição dos enfermeiros segundo opinião quanto à Idade Ideal para a Reforma</b>	<b>161</b>
<b>Gráfico32 – Distribuição dos enfermeiros por Tipo de Actividade</b>	<b>167</b>

## SIGLAS E ABREVIATURAS

**ARS – Administração Regional de Saúde**

**CAP – Contrato a Prazo**

**CIT – Contrato por Tempo Indeterminado**

**CGA – Caixa Geral de Aposentações**

**CGTP-IN – Organização sindical de Reformados**

**DMRS – Departamento da Modernização e Recursos de Saúde**

**FNUAP- Fond des Nations Unies pour les Populations**

**HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora**

**INE – Instituto Nacional de Estatísticas**

**OMS – Organização Mundial da Saúde**

**ONU – Organização das Nações Unidas**

**PAUE – Painel dos Agregados Domésticos Privados das União Europeia**

**PIB – Produto Interno Bruto**

**Q – Questão**

**SA<sub>s</sub> – Sociedades Anónimas de Gestão Hospitalar**

**SEP – Sindicato dos Enfermeiros Portugueses**

**SNS – Sistema Nacional de Saúde**

# **INTRODUÇÃO**

## INTRODUÇÃO

Através das estatísticas demográficas podemos ver que as tendências da evolução global da população mundial apontam actualmente, para uma situação em que haverá um processo de declínio progressivo da população, que começou nos países mais desenvolvidos do mundo europeu (incluindo Portugal) e posteriormente a difundiu-se pelos países menos desenvolvidos.

Acentua-se o crescente interesse das sociedades ocidentais pela problemática do envelhecimento. Tendo hoje um forte impacto social, devido às dimensões que assumiu e às consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas que daí advêm, o envelhecimento da população tornou-se uma preocupação emergente à escala mundial.

À semelhança do que se verifica nas sociedades desenvolvidas, também a população portuguesa tem envelhecido e, como nas outras, também entre nós se transformam as estruturas populacionais, as formas e os padrões de interacção social: emergindo uma população idosa mais numerosa, com mais saúde, mais activa, mais dinâmica e participativa.

Este envelhecimento deveu-se por um lado, ao decréscimo da natalidade, mas também ao aumento da esperança média de vida. Não só aumentou a importância dos idosos (população com mais de 65 anos), como diminuiu o peso dos jovens (população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos), o designado "envelhecimento pela base". Paralelamente, reforça-se o peso dos indivíduos em idade activa (15-64 anos).

Socialmente, no âmbito da economia, da saúde, da segurança social, da família... as respostas a encontrar para atingir metas como as propostas pela Assembleia-geral das Nações Unidas, têm que ser coerentes e encontrar nos cenários que a Sociodemografia oferece, as soluções mais adequadas.

Profundas foram as transformações nestes quarenta anos. A problemática do envelhecimento começou a ter maior visibilidade, estando este fenómeno relacionado com vários indicadores. A fecundidade desempenha um papel relevante, pois tem implicações no crescimento e estrutura das populações. Portugal apresenta uma baixa

fecundidade, neste momento já não está a assegurar a renovação das gerações, apresentando um valor de 1,5 crianças por mulher em 2000.

Cada vez se casa mais tarde, pelo que a idade em que se verifica o nascimento do primeiro filho é mais avançada. O impacto dos fluxos migratórios também é relevante, por influenciarem a estrutura de uma população.

O comportamento da família em relação à fecundidade tem passado por mudanças dramáticas na Europa nas décadas mais recentes.

Já o adiamento da maternidade parece um facto incontornável: os resultados da natalidade em 2003 demonstram e reforçam esta tendência. A proporção de mães com idades até aos 29 anos foi de 55,2 por cento, um decréscimo de 16 por cento em relação ao valor de 1991.

Também a tendência para os filhos únicos se mantém: 54,3 por cento dos nados-vivos.

Todas estas alterações concorreram para a modificação da estrutura etária da população, resultando no acentuar do fenómeno do envelhecimento demográfico. A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume. A repartição dos idosos não é uniforme. Assim, o Alentejo é a região que apresenta o índice de envelhecimento mais elevado – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho, 2002).

As regiões interiores do Centro, Alentejo e Algarve, detêm a maior proporção de idosos na população total. Segundo a análise exploratória com base nos censos 91 e 2001 o envelhecimento estende-se a todo o território português com algumas assimetrias entre o litoral com população mais jovem e o interior com a população mais idosa (Carrilho e Gonçalves, 2004).

Segundo previsões médias das Nações Unidas, até 2050, os países da Europa do sul, com excepção de Portugal, deverão apresentar as mais altas proporções de pessoas com 65 e mais anos” (Fernandes, 2001: 41).

O Alentejo é a região mais envelhecida de todo o território nacional.

Relativamente ao distrito de Évora, os censos 2001 indicam que o único grupo etário que teve uma variação positiva foi o grupo dos “65 ou mais anos”, o grupo etário dos “0 a 14 anos” foi o que apresentou a maior variação negativa.

O problema, do envelhecimento da população resulta da diminuição da população activa e aumento do número de pensionistas, que por sua vez, induzem profundas alterações nesta área levantando a questão de como será o futuro. Entre elas, estão as questões com relevância como a idade da reforma, subsistência, qualidade de vida dos idosos, estatuto na sociedade, solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema social e de saúde e o próprio modelo social vigente (INE, 2002).

Há grande apreensão, com um elevado número de reformados e enormes custos em relação com os benefícios do Sistema de Segurança Social devido ao crescimento do número de Beneficiários e do nível de benefícios, o que um contexto generalizado de crise económica só dificulta na situação. Em Portugal, estamos perante um sistema de repartição, em que as pensões dos reformados são "pagas" pelos activos. O problema está em que, este tipo de sistema só funciona bem quando a relação entre o número de activos e de pensionistas é grande, o que na realidade não se verifica, vindo sucessivamente a diminuir, podendo levar a Segurança Social a uma situação de ruptura (Pereira, 1996).

A vida roda em torno de dois mundos, o familiar e o laboral, nos quais se desenrolam os principais desempenhos e ao deixar o primeiro só o segundo pode assegurar o equilíbrio social e pessoal. O afastamento da actividade laboral representa perda relativamente a um desempenho profissional as relações daí decorrentes. Os papéis sociais dentro da vida familiar adquirem, por isso, outra importância num contexto de reforma.

A situação da reforma promove a acentuação das relações familiares ou o isolamento. Para Parson a transformação do papel do idoso na sociedade industrial afecta a posição destes dentro da família. A industrialização desintegrou a família patriarcal fundada num sistema vertical. A família ficou reduzida à unidade conjugal cuja constituição implica ruptura com a família de origem (Fernandes, 1997).

Para outros a reforma é a possibilidade de renovação e continuidade da vida, de reformular um projecto. É importante ter um objectivo no dia a dia, porque lhe permite refazer planos. A reforma pode não ser o sinónimo de velhice e ou de fim de vida, ela pode ser o início de outro modo de vida, de acordo com a perspectiva de Rapkin e Fischer (1990), em continuidade com a vida anterior.

Há numerosos postos de trabalho compatíveis com as capacidades das pessoas idosas. Poderiam haver mais postos de trabalho se fossem tomadas medidas simples nomeadamente nos horários de trabalho (Bize e Vallier, 1985).

Ambas as situações (atrasar ou adiantar a idade da reforma) exigem a sociedade um esforço quantitativo (custos) e qualitativo (manutenção e inserção dos reformados na vida social).

Neste quadro, importa modificar a política sobre a idade de reforma. A reforma é vivida diferentemente pelos trabalhadores de acordo com a natureza do trabalho (penosidade, grau de autonomia e de criatividade, etc). Em muitos casos, a reforma é intensamente desejada. Noutros, significa a "morte social". É, por isso, necessário considerar estes vários aspectos dando maior liberdade ao trabalhador quanto à sua passagem à reforma. De acordo com o Decreto-Lei nº 286/93, todos os trabalhadores que entraram para a função pública depois de 1 de Setembro de 1993, quando se reformarem a sua pensão será calculada da mesma forma como é calculada para os restantes trabalhadores portugueses.

Transpondo esta problemática para a área específica da actividade de enfermagem a situação é preocupante ao ponto de ser divulgada a opinião da própria Ordem dos Enfermeiros que considera este o mais grave problema com que se debaterão os sistemas mundiais de saúde em 2020, altura em que se calcula que o número destes profissionais esteja 20 por cento abaixo das necessidades.

Em Portugal como já vimos há um rácio de 4,2 enfermeiros por 1000 habitantes, quando a média da União Europeia é de 5,9 Enfermeiros por 1000 habitantes.

O número de enfermeiros com vínculo precário aumentou ainda a exercer funções próprias dos serviços de natureza permanente e com horário completo.

É neste quadro internacional de falta de enfermeiros que, também em Portugal, se assiste ao recurso crescente de profissionais estrangeiros, nomeadamente espanhóis.

A contratação de enfermeiros reformados para o lugar de novos enfermeiros também é frequente. Os sistemas de saúde estão em causa por falta de enfermeiros. Na actualidade, praticamente todos os países se debatem com a falta de enfermeiros, especialmente enfermeiros especialistas.

O envelhecimento da população, aumento das doenças/doentes crónicos e a necessária intervenção no âmbito das determinantes da saúde, para além de outros factores, determinam uma linha de tendência crescente da necessidade de respostas em saúde, para além de outros factores, determinam uma linha de tendência crescente da necessidade de resposta em saúde, nomeadamente em cuidados de enfermagem.

O estudo que pretendemos fazer é um tema explorado para a reforma de uma maneira geral mas não está explorado na especificidade da actividade da enfermagem, tornando difícil formular hipóteses precisas e operacionais (Gil, 1989) Por este motivo limitamo-nos a formular hipóteses interrogativa de natureza casuística (Fortin:103).

Assim a hipótese de trabalho é:

- Será que o significado atribuído à reforma condiciona as actividades na reforma?
- Será a profissão de enfermagem a passagem para a idade da reforma significa a passagem para a segunda carreira profissional?
- Será a alteração da idade da reforma dos 57 para os 65 anos de idade na actividade de enfermagem apoiada pelos enfermeiros?

Com este estudo pretendemos como **objectivo geral**:

- ↳ Analisar expectativas dos enfermeiros em relação a idade da reforma.

Como **objectivos específicos** proponho:

- Saber a opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para a reforma
- Conhecer o significado de reforma para os enfermeiros.

- Identificar as diferenças nos projectos de vida em função da idade da reforma
- Conhecer os planos de actividades dos enfermeiros;

A **unidade de análise** para este estudo é constituída por todos os enfermeiros com idade superior ou igual a 50 anos do Hospital do Espírito Santo de Évora, que corresponde aos enfermeiros na pré-reforma do actual regime de pensões que corresponde a 74 enfermeiros).

Este tipo de investigação é pertinente, uma vez que diariamente como enfermeira ouço as enfermeiras veteranas contarem os anos e os meses para a reforma com ansiedade e comentarem:

*–“Ainda bem que só já faltam... meses ou anos para me reformar.”*

Mas será que a realidade depois se apresenta diferente?

Será que a alteração da idade da reforma altera os seus projectos?

Será a enfermagem um posto de trabalho compatível com as capacidades dos enfermeiros anteriormente reformados? Pois várias vezes tive oportunidade de encontrar enfermeiras recentemente reformadas a exercer a actividade de enfermagem noutras instituições.

A escolha deste tema surge assim, como um interesse ou preocupação à escala particular em relação ao futuro e de uma maneira mais geral perceber outras opiniões e interesses.

É bom que antevijamos hoje no presente o que o futuro nos reserva para que programemos atempadamente as nossas reformas. A reforma não se improvisa, prevê-se e prepara-se (Bize e Vallier, 1985).

Em ciências sociais, para se poder compreender o fenómeno que se pretende estudar é preciso perceber como se enquadra no sistema social. É nesta base que no primeiro capítulo da dissertação se faz a abordagem do envelhecimento no contexto alargado da Europa e a nível mais restrito de Portugal e Alentejo no sentido da aproximação da unidade.

No segundo é apresentada a problemática da reforma de uma maneira geral.

No terceiro é feita a abordagem a actualidade da enfermagem, a apresentação das opções metodológicas, caracterizada a unidade em estudo e a instituição e feita a análise e apresentação dos dados. Por ultimo a conclusão onde são lançadas algumas propostas de intervenção.

# **CAPÍTULO I**

## **ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO: Uma Encruzilhada ao Virar do Século**

## **1.1- A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO**

Em ciências sociais, para se poder compreender o fenómeno que se pretende estudar é preciso perceber como se enquadra no sistema social. Nesta perspectiva, Luc Van Campenhoudt refere que é impossível compreender os comportamentos dos idosos sem perceber primeiro como eles são entendidos e como a velhice está organizada socialmente, tanto mais que o estatuto do idoso se alterou ao longo do tempo (Campenhoudt, 2003).

É nesta base que se faz a abordagem do envelhecimento no contexto alargado da Europa e a nível mais restrito de Portugal e Alentejo no sentido da aproximação da unidade em análise.

A velhice é actualmente um problema social presente em quase todos os debates político/partidários, preocupa estudiosos e activistas que procuram entender as necessidades da população, procurando envolvê-la na participação e decisão. Estas questões têm sido levantadas porque é demais evidente que o envelhecimento das populações tem crescido, situação preocupante principalmente porque não se prevê que termine tão cedo.

Tal como o envelhecimento biológico é irreversível aos seres vivos, também o envelhecimento demográfico o poderá ser para uma sociedade. E caracteriza-se pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem e em idade activa (Gemito, 2004).

Já Durkheim mostra os movimentos da vida em comunidade, estudando a sociedade no seu conjunto e as diversas análises efectuadas só foram possíveis devido ao aperfeiçoamento das técnicas estatísticas (Segalen, 1999).

Através das estatísticas demográficas podemos ver que as tendências da evolução global da população mundial apontam assim, actualmente, para uma situação em que haverá um processo de declínio progressivo da população, que começou nos países mais

desenvolvidos do mundo europeu (incluindo Portugal) e posteriormente se difundiu pelos países menos desenvolvidos.

Actualmente acentua-se o crescente interesse das sociedades ocidentais pela problemática do envelhecimento. Tendo hoje um forte impacto social, devido às dimensões que assumiu e às consequências demográficas, sociológicas, económicas e políticas que daí advêm, o envelhecimento da população tornou-se uma preocupação emergente à escala mundial.

Uma análise demográfica da população impõe antes de mais, uma reflexão sobre o que se entende, em demografia, por envelhecimento de uma população, e quais os métodos mais adequados para o avaliar.

Podemos dizer que a população desencadeia o fenómeno do envelhecimento demográfico quando a sua dinâmica se caracteriza pelo aumento da importância das pessoas idosas no total da população (Carrilho e Gonçalves 2004).

O critério geralmente utilizado para avaliar o nível e a evolução do envelhecimento de uma população é a proporção de pessoas idosas de 65 e mais anos. Mas podemos também avaliar o envelhecimento em relação aos efeitos da mortalidade através das pessoas que passaram a idade em que a esperança de vida não é mais do que, por exemplo, 10 ou 15 anos, ou ainda através da idade média da população.

O envelhecimento demográfico é um fenómeno resultante do aumento de pessoas com mais de 60 anos ou 65 anos de idade e pelo alongamento das suas vidas para além do período de actividade e da diminuição da proporção de pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados (Fernandes 1997). O grupo etário dos 65 e mais anos cresceu e não é homogéneo.

A esperança de vida aumenta, pelo que segundo António Rendas, há que ter em conta os diversos escalões etários ao fazer o estudo do envelhecimento. Segundo este autor a proposta do Gabinete de Recenseamento dos Estados Unidos da América considera as seguintes faixas etárias:

**Idosos jovens (65-74 anos):**

**Idosos (75-84anos)**

**Muito idosos (85 e mais anos) (Rendas 2001)**

O fenómeno do envelhecimento resulta da transição demográfica, normalmente definida como a passagem de um modelo demográfico de fecundidade e mortalidade elevados para um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, com redução de efectivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efectivos populacionais idosos.

Esta questão não é uma realidade comum a todos os continentes. Por um lado, temos o mundo desenvolvido e industrializado, com uma natalidade “civilizada” que alcançou praticamente o “crescimento zero” e à beira de uma “alteração do regime demográfico”, mantendo ainda um desenvolvimento sustentável. Por outro lado, o designado “terceiro mundo” a África, a América do Sul, a Ásia (excepto o Japão), com a sua natalidade exuberante e sistemas de saúde, educação e formação ainda deficientes, que os impede de sair do subdesenvolvimento.

O mundo desenvolvido e industrializado onde se inclui a Europa, que como refere Rosa (in “A Situação Social em Portugal 1960-1999, Volume II, 2000”) ...de acordo com os dados das Nações Unidas, para 1994, a população da EU equivalia a 6,6% da população mundial. Apenas a China com 21,5% e a Índia com 16,3%, detinham uma importância populacional superior”.

Todavia ainda que a terceira potência demográfica do mundo, esteja a envelhecer, este enfraquecimento do peso demográfico não resulta, para já, na diminuição da população (em 1994, existiam mais 55 milhões de residentes do que em 1960 e, segundo os resultados do cenário de base da Eurostat, espera-se que este valor continue a aumentar até por volta de 2025) mas fruto de um crescimento demográfico mais ténue quando comparado com outras zonas menos desenvolvidas.

A pobreza está a aumentar. Hoje cerca de 18% dos cidadãos europeus vivem abaixo do limiar da pobreza, o que significa que o seu rendimento não ultrapassa 60 por cento da média comunitária. Para os líderes da União Europeia (Cimeira de Lisboa, Março

2000), se nada for feito para alterar esta situação, é provável que a população mais jovem integrada no mercado de trabalho sofra um recuo de 12 milhões de pessoas até ao ano 2010, ao passo que os trabalhadores com mais de 40 anos serão, no mesmo período, mais 13 milhões do que os actuais. Neste contexto, as perspectivas para a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de pensões na Europa não podem, de facto, ser mais preocupantes.

À semelhança do que se verifica nas sociedades desenvolvidas, também a portuguesa tem envelhecido e, como nas outras, também entre nós se transformam as estruturas populacionais, as formas e os padrões de interacção social: emergindo uma população idosa mais numerosa, com mais saúde, mais activa, mais dinâmica e participativa.

No que se refere à realidade portuguesa propriamente dita e, a exemplo de outros países que conheceram a transição demográfica, Portugal transformou-se, mais concretamente a partir de 1975, num país com baixos níveis de mortalidade e natalidade, com uma feminização do envelhecimento demográfico, a que se associou, mais recentemente uma tendência para a consolidação, com oscilações, de saldos migratórios externos. Entre 1960 e 1998, a população portuguesa atravessou um processo de crescimento global de 12,3% (a que corresponde uma taxa média de variação anual de aproximadamente 0,3%) caracterizado pela de natalidade e da mortalidade e a existência de fortes fluxos migratórios. O fenómeno do envelhecimento traduziu-se por um decréscimo de 35,1% na população jovem – com idades entre os 0 e os 14 anos, e um incremento de 114,4% na população idosa, isto é, população com 65 e mais anos.

Este processo de envelhecimento da sociedade portuguesa foi acompanhado por um conjunto de mudanças sociais cujo “*sentido geral ... foi o da aproximação dos padrões europeus. Os indicadores demográficos, sociais económicos portugueses parecem-se cada vez mais com os dos membros da União Europeia. Ainda há, evidentemente, diferenças relevantes, que traduzem uma história específica, diferenças permanentes, um atraso ainda real e circunstâncias especiais. Mas nada permite afirmar hoje, como seria possível há poucas décadas em Portugal mais parecia um país de outro continente*” (Barreto, 2000:32).

Registaram-se transformações e mudanças sociais que nos fazem reflectir no emergir deste novo século XXI, justificado por uma profunda alteração de valores culturais e identitários, em que já não se afirmam os valores tradicionais mas que ainda não se conhecem quais são as novas referências da sociedade.

Provavelmente estas alterações sociais conduzem à necessidade de adaptação, dos papéis sociais dos indivíduos e colectividades assim como estratégias de gestão mais adequadas.

## 1.2- EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO MUNDIAL

Tudo o que foi apresentado anteriormente, é confirmado pelo quadro seguinte, na realidade um crescimento da população Mundial ao longo dos séculos XIX, XX e início do XXI, observando-se que entre 1950 e 1998 a população mais do que duplica. Este crescimento vai continuar de acordo com as projecções das Nações Unidas, para uma população mundial de 7,8 (baixa), 9,8 (média), e 11,9 mil milhões (alta variação), em 2050.

**Quadro 1 – Evolução da população mundial.**

Anos	Mundo		Ásia		África		Europa*		América**		Oceânia	
	% da superfície		31,5%		22,5%		8,6%		31%		6,4%	
	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	
1800	800	500	62	100	12	180	22	18	3,6	2	0,4	
1850	1100	672	60	100	9,8	266	24	60	6	2	0,2	
1900	1540	850	55	140	9	400	26	144	9,7	6	0,3	
1950	2368	1250	53	199	8,5	583	24,4	334	13,6	12	0,5	
1998	5929	3589	60,5	779	13,1	729	12,3	803	13,5	29	0,5	
2003	6671	3830	57,4	861	12,9	727	10,8	1221	18,3	32	0,4	
2025	8038	4785	59,5	1454	18	701	8,7	1058	13,2	41	0,7	

Fonte: Adaptado da Eurostat e “Situação da população mundial” do FNUAP, 1998.

\*inclui a Rússia

\*\*Abrange a América do Norte, Central e do Sul

1: número em milhões

2: % total do Mundo

Por um lado, temos um mundo desenvolvido e industrializado, com uma natalidade à beira de uma “alteração do regime demográfico” e com um desenvolvimento sustentável. Por outro lado, os países em desenvolvimento a África, a América do Sul, a Ásia (excepto o Japão), com a sua natalidade exuberante mas com sistemas de saúde, educação e formação ainda deficientes, que os impede de sair do subdesenvolvimento e os força a uma vivência de grande pobreza e sem qualidade de vida.

A Ásia continua a deter a maior parte da população mundial, sendo a sua distribuição muito irregular: as regiões de grande densidade populacional do litoral e vales de alguns rios contrastam com o vazio do interior montanhoso e desértico (a China e a Índia, de acordo com os dados das Nações Unidas, para 1994, detinham o equivalente a 21,5% e 16,3% da população mundial, respectivamente (Barreto, 2000). Em contrapartida, o Continente Europeu e o Japão registam uma redução das taxas de natalidade e de um aumento significativo da esperança de vida, os quais estão na base de um desequilíbrio numérico entre jovens e idosos.

Esta realidade evidencia ainda que as taxas de crescimento populacional são muito diferentes de país para país e o mundo enfrenta situações demográficas diversas: entre 1985 e 1990, a estimativa de fecundidade variou entre 8,5 crianças por mulher no Ruanda e 1,3 crianças por mulher em Itália. Também se na África a população duplica em cada 24 anos, na Europa são necessários 380 anos para o mesmo acontecer. Segundo o relatório “Situação da população mundial” do FNUAP (1998) *“isto tem consequências para a distribuição da população mundial e para as esperanças de desenvolvimento sustentado” entre 1995 e 2015 prevê-se que a população nas regiões mais desenvolvidas cresça 120 milhões, enquanto nas regiões menos desenvolvidas aumente 1727 milhões*. Segundo o programa da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas (1994) *“Haverá dentro de 30 anos (se as previsões se confirmarem) cerca de 1350 milhões de habitantes nos países desenvolvidos (16% da população mundial) contra 7150 milhões nos países em desenvolvimento (84%)”*.

O relatório da FNUAP (1998) refere ainda, que os países europeus conhecem uma transição gradual, durante os últimos 150 anos, passando de taxas de natalidade e mortalidade altas para taxas mais baixas, com uma evolução muito mais rápida no que

se refere à taxa de mortalidade, em particular a mortalidade infantil, como resultado dos melhores cuidados de saúde introduzidos nas últimas décadas, ocasionalmente o aumento de esperança de vida e o aumento substancial de pessoas idosas, em contraposto com a realidade dos países em desenvolvimento.

No que se refere à população jovem nos países menos desenvolvidos 43% dos habitantes são adolescentes, sendo que desde 1980, mais de metade do aumento mundial do número de adolescentes se registou na África Subsaariana. Também, neste espaço, o número de pessoas com mais de 65 anos aumentará de 23 milhões, em 1995, para os cerca de 61 milhões de 2025, conforme projecções da ONU. Nos países em desenvolvimento, os jovens (0 aos 14 anos de idade) excediam em número as pessoas com mais de 65 anos quase a razão de 10 para 1, em 1950; à razão de mais de 11 para 1, em 1975, e apesar de estar a descer, a razão ainda é de 7 para 1.

O número de pessoas com mais de 65 anos teve um aumento de cerca de 9 milhões, no final do século; aumentará 14,5 milhões, em 2010, e 21 milhões, em 2050, segundo aquele documento, 97% do crescimento das populações mais idosas registrar-se-ão nas regiões em desenvolvimento de hoje em comparação com os actuais 77%. Nos países desenvolvidos, a população com mais de 65 anos aumentou de 8 para 14%, desde 1950, e projecta-se que atinja os 25%, até 2050. em alguns países, as populações com mais de 85 anos conhecerá um aumento significativo, elevando-se para mais do dobro.

Tendo ainda por base o relatório do FNUAP (1998), refira-se que, se a fecundidade atingisse um nível inferior ao de substituição (abaixo de 2,1 filhos por mulher fértil), as populações, ao nível mundial, continuariam a crescer durante varias décadas, devido ao grande número de pessoas que estão agora a entrar na idade de procriar. Também, a elevada taxa de fecundidade do passado significa que há mais jovens a entrar no mercado de trabalho. Nesse contexto, quer no presente, quer nas próximas duas décadas, em algumas regiões em desenvolvimento, observar-se-á um “afluxo” temporário de população em idade activa, população essa que aumentará muito mais do que os grupos constituídos pelos jovens e dependentes idosos. Este “bónus demográfico” permitiu o desenvolvimento e prosperidade do Leste Asiático, até meados da década de 90, e está a possibilitar semelhante oportunidade no Sudoeste Asiático e na Ásia Meridional. Este “bónus demográfico” poderia igualmente contribuir para o aumento demográfico e

aliviar as pressões sobre os sistemas de segurança social em países com uma baixa fecundidade, como é o caso da Europa dos 15.

Na tentativa de por fim ao “problema” da explosão demográfica observada ao nível mundial, as soluções preconizadas pelas Nações Unidas, vão no sentido de reduzir as disparidades no crescimento populacional nacional e regional, e atingir a estabilização da população o mais cedo possível, respeitando completamente o direitos individuais, as aspirações e as responsabilidades, de forma a criar condições para um desenvolvimento sustentado ao nível comunitário, nacional e global” (FNUAP, 1998).

Estas soluções reflectem a crescente tomada de consciência a nível mundial de que os factores demográficos estão intrinsecamente ligados às preocupações de desenvolvimento humano. Salienta-se a necessidade de maiores investimentos nas pessoas (educação, informação e saúde) como pré requisito para o desenvolvimento sustentável e socialmente equitativo e para o crescimento económico sustentado. Sublinha ainda que, com os actuais padrões de produção e consumo, pobreza generalizada e aumento da população mundial a um ritmo de cerca de 90 milhões de pessoas/ano, muitos dos recursos de que dependerão as gerações futuras estão a ser depauperados.

Reflectem igualmente uma nova abordagem do planeamento familiar, num contexto de cuidados de saúde reprodutiva mais vastos e de melhor qualidade e reafirma o direito de todos os casais e indivíduos decidirem de forma livre e responsável as suas vidas reprodutivas e terem a sua disposição a informação e os meios para o fazerem. Uma abordagem que menospreza as metas demográficas para centrar-se nas necessidades de saúde reprodutiva globais dos indivíduos, em particular das mulheres. A “performance” na satisfação, nos próximos 20 anos, das necessidades de planeamento familiar e outros objectivos definidos na conferência, determinará se a população mundial será da ordem dos 7.9 mil milhões (a projecção mais baixa das nações Unidas) ou atingirá os cerca de 12 mil milhões, no ano 2050.



### 1.3- O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL NO CONTEXTO DA EUROPA

Nada como os números para apresentar as evidências. Verificamos pelo quadro seguinte, que no período considerado (10 anos), a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos aumentou consideravelmente em quase todos os países europeus.

Portugal é o sexto país menos envelhecido no conjunto dos países da União Europeia (EU), tendo em conta a percentagem de idosos na população total, aproximando-se com grande rapidez da média europeia. A percentagem de população com 65 e mais anos era, em 2003, de 16,7% enquanto a média comunitária era de 15,6%.

**Quadro 2 - % População com 65 e mais anos na União Europeia, em 1993-2003.**

<b>Países</b>	<b>% Pop. +65anos 1993</b>	<b>Pop. Total 1993</b>	<b>% Pop.+65anos 2003</b>	<b>Pop. Total 2003</b>
<b>Itália</b>	15.8	56960.3	18.2	57321.0
<b>Suécia</b>	17.7	8644.1	17.2	8940.8
<b>Bélgica</b>	15.4	10068.3	17.0	10355.8
<b>Espanha</b>	14.4	39113.5	17.1	41550.6
<b>Alemanha</b>	14.6	80974.6	17.5	82536.7
<b>Portugal</b>	14.0	9960.5	16.7	10407.5
<b>França</b>	14.6	57369.2	16.3	59630.1
<b>Reino Unido</b>	15.8	57907.3	15.6	59328.9
<b>Áustria</b>	14.9	7798.9	15.5	8067.3
<b>Grécia</b>	16.6	10420.1	17.6	11018.4
<b>Finlândia</b>	13.8	5029.0	15.3	5206.3
<b>Dinamarca</b>	15.5	5180.6	14.8	5383.5
<b>Luxemburgo</b>	13.7	394.8	14.1	448.3
<b>Holanda</b>	13.0	15129.2	13.6	16192.6
<b>Irlanda</b>	11.5	3569.4	11.2	3963.6

**Fonte: Eurostat Statistiques Demographiques.**

A Itália (18,2%) e a Suécia (17,2%) eram os países com maior percentagem de idosos, destacando-se no extremo oposto a Irlanda (11,2%) e a Holanda (13,6%).

**Quadro 3 - % População com menos de 15 anos na União Europeia, em 1993-2003.**

<b>Países</b>	<b>% Pop. -15anos 1993</b>	<b>Pop. Total 1993</b>	<b>% Pop. -15anos 2003</b>	<b>Pop. Total 2003</b>
<b>Irlanda</b>	25.8	56960.3	21.0	57321.0
<b>Reino Unido</b>	19.4	10068.3	19.0	10355.8
<b>Luxemburgo</b>	17.9	8644.1	18.8	8940.8
<b>França</b>	19.9	39113.5	18.7	41550.6
<b>Holanda</b>	18.3	80974.6	18.6	82536.7
<b>Dinamarca</b>	17.0	9960.5	18.8	10407.5
<b>Suécia</b>	18.5	57369.2	18.0	59630.1
<b>Finlândia</b>	19.2	57907.3	17.8	59328.9
<b>Bélgica</b>	18.2	7798.9	17.4	8067.3
<b>Grécia</b>	18.1	10420.1	15.2	11018.4
<b>Áustria</b>	17.6	5029.0	16.6	5206.3
<b>Portugal</b>	19.0	5180.6	15.8	5383.5
<b>Alemanha</b>	16.4	394.8	15.0	448.3
<b>Espanha</b>	18.1	15129.2	14.6	16192.6
<b>Itália</b>	15.7	3569.4	14.5	3963.6

**Fonte: Eurostat Statistiques Demographiques.**

Apesar do processo de envelhecimento demográfico ser uma realidade em todos os países da EU, constata-se que o espaço comunitário é heterogéneo, existindo grandes disparidades entre países como a Itália extremamente envelhecida e a Irlanda com uma percentagem de população ainda bastante jovem. Portugal encontra-se praticamente na cauda da Europa com apenas uma percentagem de 15.8% de jovens com menos de 15 anos.

O envelhecimento demográfico surgiu nas sociedades desenvolvidas sobretudo a partir da segunda metade do séc. XX. É um dos fenómenos sociais mais importantes do final do séc. XX e limiar do séc. XXI, e continuará a ser um processo em expansão nas próximas dezenas de anos (Nazareth 1993; Fernandes 1999).

A estrutura etária da população portuguesa tem-se alterado nos últimos 40 anos, assistindo-se a um envelhecimento da população. Este envelhecimento deveu-se por um lado, ao decréscimo da natalidade, mas também ao aumento da esperança média de vida. Não só aumentou a importância dos idosos (população com mais de 65 anos),

como diminuiu o peso dos jovens (população com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos), o designado "envelhecimento pela base". Paralelamente, reforça-se o peso dos indivíduos em idade activa (15-64 anos).

Em 1970, Portugal era um dos países mais jovens da Europa ainda que com profundas assimetrias regionais. Foi só a partir de 1940 que se observaram diferenças ao nível das estruturas, nomeadamente ao nível das proporções de Jovens e Idosos, diferenças essas que se acentuaram até aos dias de hoje.

Face à evolução observada durante o período de 1970 a 2001, o envelhecimento demográfico é real e duplo. Em conformidade com as análises que apresento, não é o número de idoso o verdadeiro problema mas sim os dados encontrados nos índices resumo, que caracterizam o envelhecimento demográfico: Índice de Juventude, índice de envelhecimento e índice de longevidade.

O aumento da esperança média de vida e a diminuição de jovens fazem sobressair o peso dos idosos. Socialmente, no âmbito da economia, da saúde, da segurança social, da família...as respostas a encontrar para atingir metas como as propostas pela Assembleia-geral das Nações Unidas, têm que ser coerentes e encontrar nos cenários que a Sociodemografia oferece, as soluções mais adequadas.

O envelhecimento demográfico pode ainda ser caracterizado pelos índices de dependência. Também os dados encontrados e se a tendência se mantiver, podemos assistir ao aumento do índice de dependência dos idosos, à diminuição do índice de dependência dos jovens e a diminuição do índice de dependência total observada em 2001 pode alterar-se, passando a ser cada vez maior o peso dos dependentes na população potencialmente activa.

Quando reforçamos estas reflexões com os índices de juventude da população potencialmente activa e com o índice de renovação da população activa observa-se que o aumento nas três décadas foi pouco significativo pois o efeito geração está a perder-se (os que entram são pouco mais do que os que saem e os dependentes aumentam). A manter-se esta tendência, Portugal tem cada vez menos jovens, sobressaem os idosos, a entrada de população activa tende a diminuir e os dependentes a aumentar

essencialmente pela população que ocupa o topo da pirâmide já que esta tende a esvaziar-se na base. O fenómeno do envelhecimento demográfico é mundial, característico dos países desenvolvidos, essencialmente da Europa, à qual Portugal não fica alheio.

A população portuguesa caracteriza-se por um forte envelhecimento e a sua dimensão actual resulta de um crescimento acelerado ocorrido num espaço de tempo” (Carrilho 2002:147).

Salienta-se o aumento da importância relativa do grupo dos idosos e a diminuição da importância relativa do grupo dos jovens. Portugal confronta-se hoje com um duplo envelhecimento: da base, devido à diminuição dos jovens – diminuição da fecundidade –, e do topo, pelo aumento dos idosos – aumento da esperança de vida –. Se por um lado o aumento da esperança de vida permite a coexistência de várias gerações, a diminuição da fecundidade levou a um decréscimo do número de filhos.

O primeiro recenseamento da população ocorreu em 1864, no entanto, a qualidade dos censos afirmou-se em 1960, ano que, segundo o INE, foi um marco de grande importância. Este facto permite fazer algumas comparações no sentido de perceber a evolução da população ao longo dos anos. Passou-se de um índice de envelhecimento de 27.3%, em 1960, para um índice de envelhecimento de 105,5%, em 2001. Por sua vez o índice de dependência de idosos passou de 12.7%, em 1960, para 24.7%, em 2001, ou seja, duplicou. Situação inversa se verificou relativamente ao índice de dependência de jovens que passou de 46.5%, em 1960, para 23.4% em 2001 (INE 2002).

A família e os subconjuntos em que ela se organiza são, assim, causa e resultado das dinâmicas populacionais, sejam elas no sentido do rejuvenescimento ou do envelhecimento, como é o caso, actualmente em Portugal.

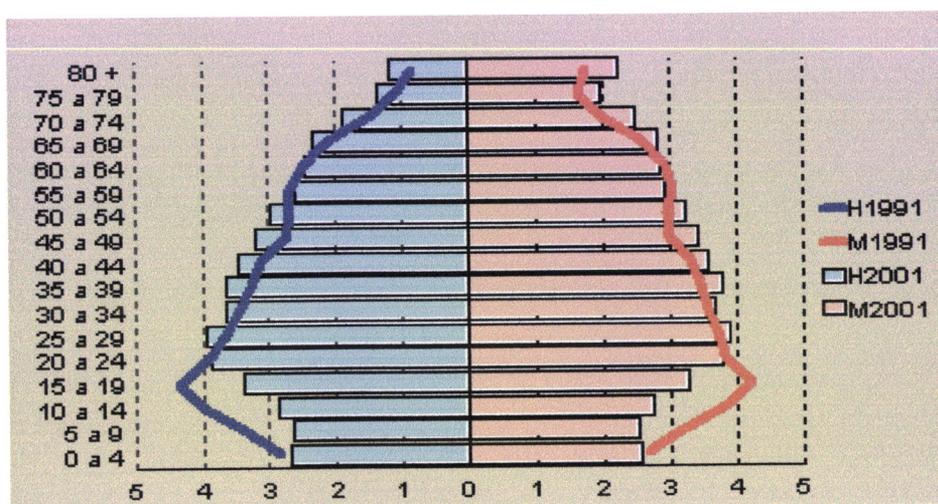
Profundas foram as transformações nestes quarenta anos. A problemática do envelhecimento começou a ter maior visibilidade, estando este fenómeno relacionado com vários indicadores. A fecundidade desempenha um papel relevante, pois tem implicações no crescimento e estrutura das populações. Portugal apresenta uma baixa

fecundidade, neste momento já não está a assegurar a renovação das gerações, apresentando um valor de 1.5 crianças por mulher em 2000.

Cada vez se casa mais tarde, pelo que a idade em que se verifica o nascimento do primeiro filho é mais avançada. O impacto dos fluxos migratórios também é relevante, por influenciarem a estrutura de uma população.

Todas estas alterações concorreram para a modificação da estrutura etária da população, resultando no acentuar do fenómeno do envelhecimento demográfico. O séc. XXI é considerado o século do envelhecimento. A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume. A repartição dos idosos não é uniforme. Assim, o Alentejo é a região que apresenta o índice de envelhecimento mais elevado – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho 2002).

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que surgiu nas sociedades desenvolvidas a partir da segunda metade do século XX, e como demonstra a configuração da pirâmide etária de 1991 a 2001 ocorreu em Portugal nas últimas três décadas.



Fonte: INE.

Figura 1 – Pirâmide Etária da População Portuguesa entre 1991/2001.

Esta pirâmide caracteriza-se por uma estreita base da pirâmide, resultado da redução de efectivos populacionais jovens, em consequência dos baixos níveis de natalidade e por um topo alargado, que corresponde ao aumento de efectivos populacionais com idades mais avançadas, resultante do prolongamento da esperança de vida. A idade média da população residente subiu 3 anos neste período, situando-se em 39,5 anos em 2001.

Por efeito do fenómeno da sobremortalidade masculina, a idade média dos homens é inferior das mulheres, em 2001/2002 as mulheres esperavam atingir mais de 80 anos enquanto que os homens não mais do que 74.

Segundo as projecções demográficas o cenário provável para 2050, é de as mulheres esperarem viver até aos 84,7 anos e os homens até aos 79, conquistando cerca de cinco anos à morte.

O envelhecimento da população tem consequências directas quer a nível social quer a nível económico, uma vez que os níveis correspondentes às idades mais produtivas economicamente começam a ser insuficientes para manter as populações dependentes. No entanto, variáveis demográficas como a fecundidade, mortalidade e os movimentos migratórios participam nestes fenómenos e podem acentuar ou esbater esta tendência.

**Quadro 4 -Grupos Funcionais e Índices – resumo para Portugal em 1970, 1991 e 2001.**

<b>G. Funcionais e I. De Resumo</b>	<b>Portugal</b>		
	<b>1970</b>	<b>1991</b>	<b>2001</b>
<b>Jovens</b>	2451850	1971659	1645800
<b>Potencialmente Activos</b>	5326515	6548650	7026200
<b>Idosos</b>	832760	1342221	1735500
<b>Total da população</b>	8611125	9862530	10407500
<b>% de Jovens</b>	28.5	20	15.8
<b>% de potencialmente activos</b>	61.9	66.4	67,5
<b>% de idosos</b>	9.7	13.6	16,7
<b>I de Juventude</b>	294.4	146.9	94.8
<b>I. de Envelhecimento</b>	34	68.1	105.5
<b>I. de Longevidade</b>	32.8	39.3	42.3
<b>I. de dependência de Jovens</b>	46	30.1	23.4
<b>I. de dependência de Idosos</b>	15.6	20.5	24.7
<b>I. de dependência Total</b>	61.7	50.6	48.1

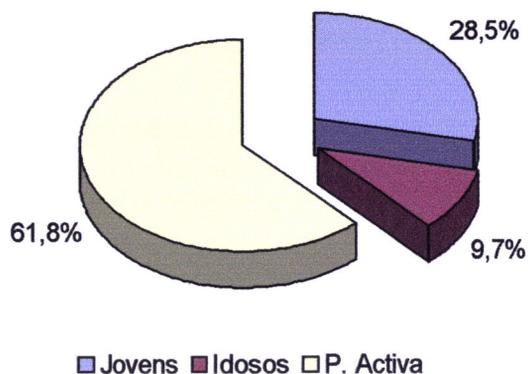
**Fonte: Dados do INE.**

Para melhor compreensão foram elaborados 3 gráficos referentes aos grupos funcionais e índices de resumo para Portugal em 1970, 1991 e 2001.

Os três grupos funcionais considerados foram:

- Jovens (0 – 14 anos)
- Potencialmente activos (15 – 64 anos)
- Idosos (65 e + anos)

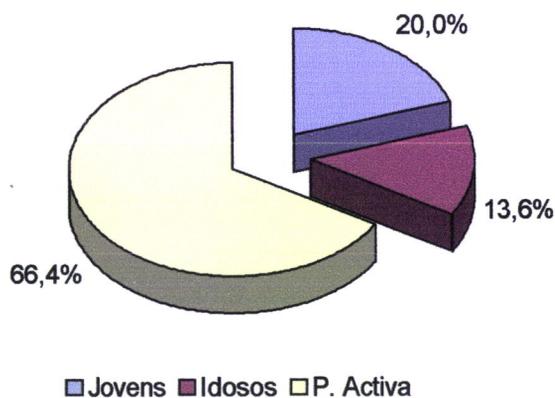
**Gráfico 1 – Grupos funcionais – Portugal 1970.**



Fonte: Dados do INE.

Em 1970 o grupo funcional de maior peso era o da população potencialmente activa (61,9%), seguia-se-lhe o grupo dos jovens (28,5%) e por último o grupo dos idosos (9,7%)

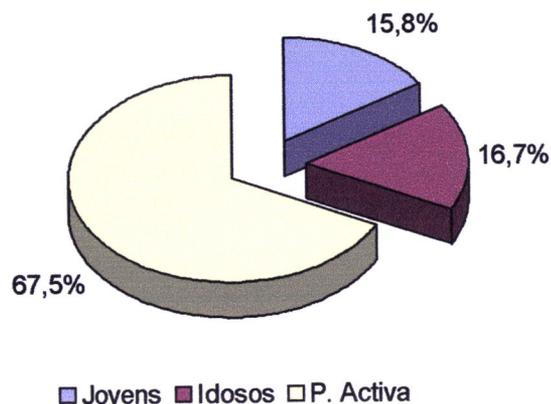
**Gráfico 2 – Grupos funcionais – Portugal 1991.**



Fonte: Dados do INE.

Em 1991 o grupo funcional de maior peso é o da população potencialmente activa (66,4%), seguido do grupo dos jovens (20%), e por fim o grupo dos idosos (13,6%).

**Gráfico 3 – Grupos funcionais – Portugal 2001.**

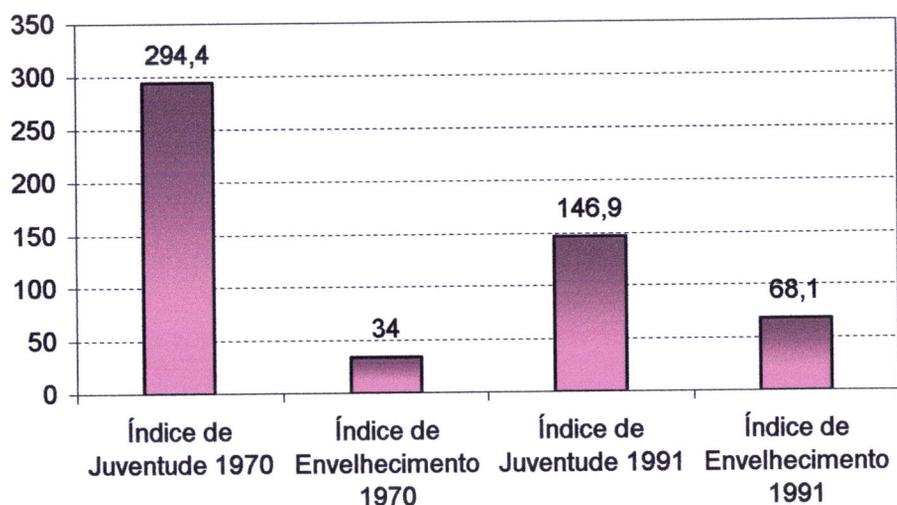


**Fonte: Dados do INE.**

Comparando os três gráficos, evidencia-se a diminuição da população jovem e o aumento relativo da população idosa, que sobressai à custa da diminuição dos jovens. O grupo dos jovens, podendo ser utilizado como indicador de medida do “envelhecimento demográfico” na base da pirâmide permite dizer que em 2001 esse fenómeno está presente.

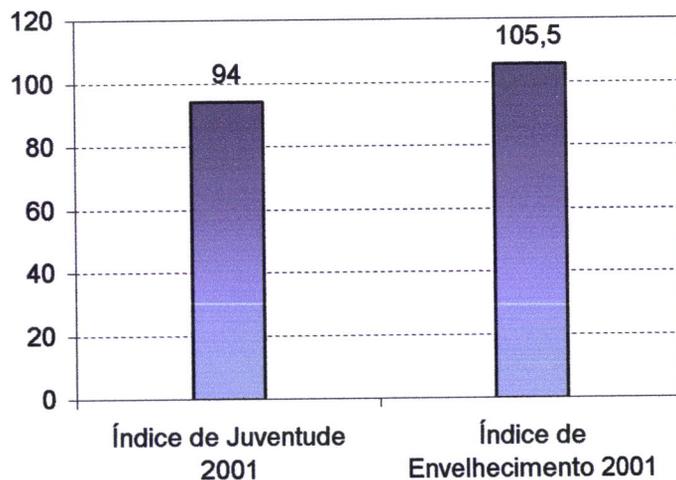
Como indicador de medida do “envelhecimento demográfico”, os valores encontrados nos grupos da população idosa permitem considerar que em 1970 esse fenómeno era pouco evidente e que em 2001 assumiu um valor significativo, superior ao peso da população jovem.

**Gráfico 4 – Índices de Juventude e de Envelhecimento Portugal 1970-1991.**



**Fonte: Dados do INE.**

**Gráfico 5 – Índices de Juventude e de Envelhecimento Portugal 2001.**



**Fonte: Dados do INE.**

A interpretação dos dados efectuada até ao nível dos grupos funcionais já permitiu identificar diferenças nos três períodos em análise. A informação fornecida pelos índices – resumo possibilita clarificar e aprofundar essa informação.

O índice de juventude foi calculado pela fórmula: (população dos 0 - 14 anos / população com 65 e + anos) x 100.

Este cálculo forneceu a seguinte informação:

• **1970** – Por cada 100 idosos existem 294,4 jovens.

• **1991** – Por cada 100 idosos existem 146,9 jovens.

• **2001** – Por cada 100 idosos existem 94,8 jovens

A comparação evidencia o “envelhecimento demográfico” da base da pirâmide resultante da diminuição de jovens.

O **índice de envelhecimento** (população com 65 e + anos / população dos 0 – 14 anos) x 100 revelou que:

• **1970** – Por cada 100 jovens existem 34 idosos.

• **1991** – Por cada 100 jovens existem 68,1 idosos.

• **2001** – Por cada 100 jovens existem 105,5 idosos.

Consubstancia o aumento do peso relativo dos idosos na população portuguesa em 2001, potencializado pela diminuição dos jovens.

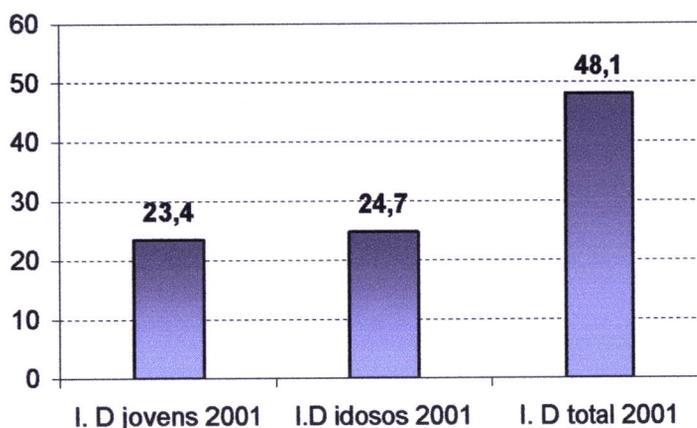
O índice da longevidade que compara o peso dos idosos jovens com o peso dos idosos menos jovens (população com 75 e + anos / população com 65 e + anos) x 100 informa:

• **1970** – Por cada 100 pessoas com 65 e + anos existem 32,8 com 75 e + anos.

• **1991** – Por cada 100 pessoas com 65 e + anos existem 39,3 pessoas com 75 e mais anos.

• **2001** – Por cada 100 pessoas com 65 e + anos existem 42,3 pessoas com 75 e mais anos. Comparativamente evidencia-se o aumento da esperança média de vida na população portuguesa. Em 2001 existe uma realidade social de aumento do número de idosos cada vez mais idosos, com os diferentes significados que daí se inferem.

**Gráfico 6 – Índices de Dependência Portugal 2001.**



**Fonte: Dados do INE.**

O **índice de dependência dos jovens** mede o peso dos jovens na população potencialmente activa: (população dos 0 – 14 anos / população dos 15 – 64 anos) x 100.

• **1970** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas havia 46 jovens que delas dependiam.

• **1991** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas havia 30,1 jovens que delas dependiam.

• **2001** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas havia 23,4 jovens que delas dependiam.

Comparando, verifica-se que o índice de dependência dos jovens em 1970 era maior e que a diminuição da população jovem fez diminuir este índice em 2001. São gerações que morrem e que não são substituídas na base da pirâmide.

O **índice de dependência dos idosos** mede o peso dos idosos na população potencialmente activa: (população com 65 e + anos / população dos 15 – 64 anos) x 100:

• **1970** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 15,6 idosos que delas dependem.

• **1991** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 20,5 idosos que delas dependem.

• **2001** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 24,7 idosos que delas dependem

No **índice de dependência total** é medido o peso conjunto dos jovens e dos idosos na população potencialmente activa (população dos 0 – 14 anos + população com 65 e + anos/ população dos 15 – 64 anos) x 100:

● **1970** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 61,7 jovens e idosos que delas dependem.

● **1991** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 50,6 jovens e idosos que delas dependem.

● **2001** – Por cada 100 pessoas potencialmente activas existem 48,1 jovens e idosos que delas dependem.

O índice de dependência total diminuiu em 2001 essencialmente pela diminuição do índice de dependência dos jovens pois como atrás se verificou, o índice de dependência de idosos aumentou em relação a 1970. O duplo envelhecimento (do topo e da base da pirâmide) torna-se mais evidente após esta análise.

Em resumo, Portugal em 1970 caracterizava-se por um índice de juventude elevado, baixo índice de envelhecimento, índice de longevidade mais baixo, significativamente mais dependentes jovens do que idosos (I. de dependência total mais alto à custa dos jovens). Portugal em 2001 caracteriza-se por tendências opostas.

A evolução demográfica no passado é factor determinante dos níveis presentes e futuros. As alterações na estrutura etária são consequência da transição demográfica com níveis elevados de mortalidade e natalidade para um modelo com baixos níveis de mortalidade e natalidade.

O gradual aumento da longevidade e a manutenção dos baixos índices de fecundidade, aliados a fluxos migratórios, são principais factores demográficos que explicam a tendência do envelhecimento demográfico (Carrilho, 2004).

A heterogeneidade regional é evidente pelo índice de envelhecimento que assume. A repartição dos idosos não é uniforme. Assim, o Alentejo é a região que apresenta o índice de envelhecimento mais elevado – 176 idosos por cada 100 jovens. Também ao Alentejo cabe a maior proporção de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, assistindo-se ao envelhecimento da própria população idosa (Carrilho, 2002).

As regiões interiores do Centro, Alentejo e Algarve, detêm a maior proporção de idosos na população total. Segundo a análise exploratória com base nos censos 91 e 2001 o envelhecimento estende-se a todo o território português com algumas assimetrias entre o litoral com população mais jovem e o interior com a população mais idosa (Carrilho e Gonçalves, 2004).

#### **1.4- CONTRIBUTO DA FECUNDIDADE, MORTALIDADE E MIGRAÇÕES PARA O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO**

Segundo previsões médias das Nações Unidas, até 2050, os países da Europa do sul, com excepção de Portugal, deverão apresentar as mais altas proporções de pessoas com 65 e mais anos” (Fernandes 2001: 41). Esta modificação da estrutura etária da população deve-se a uma multiplicidade de factores, não unicamente a um processo natural, nomeadamente o declínio da natalidade, da fecundidade, da mortalidade e aumento da esperança média de vida, mas também aos impactos estruturais produzidos pelos movimentos migratórios. Passou-se de um modelo demográfico em que a natalidade e a mortalidade eram elevadas, para um modelo em que ambos os fenómenos decresceram consideravelmente.

Para além da esperança de vida à nascença, da mortalidade e dos saldos migratórios, um dos factores que mais contribui para os actuais índices de envelhecimento é a diminuição das taxas de fecundidade.

O comportamento da família em relação à fecundidade tem passado por mudanças dramáticas na Europa nas décadas mais recentes (Nazareth, 1996; Relvas, 2002; Zamberlam, 2001).

Na Europa ocidental, a queda das taxas de fecundidade tem sido acompanhada por um progressivo adiamento da gravidez e do primeiro casamento, uma moda que também começou a proliferar na Europa Oriental, após a queda do socialismo (Carrilho, 2004).

Desde os anos 60 que todos os países da Europa experimentam um considerável declínio das taxas de fecundidade das suas populações, actualmente abaixo dos níveis

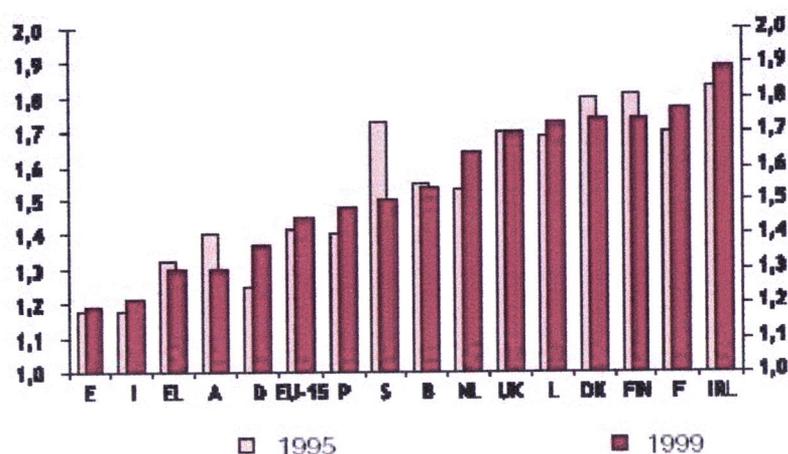
de substituição das gerações em praticamente todos os países europeus. Existem grandes variações entre os diferentes países em relação ao início do declínio bem como à duração do mesmo. Praticamente todos os países com regimes democráticos após 1945 experimentam o maior declínio durante os anos 60 e 70, (Gerda Neyer:2003).

Nos países do sul da Europa, Espanha Portugal e Grécia, o declínio começou mais tarde embora mais lentamente. Na Alemanha e na Áustria a taxa diminuiu após 1980, embora mais lentamente que antes. Em quase todos os países do norte da Europa (Noruega, Dinamarca e Finlândia) na França e mais tarde na Bélgica e Holanda a taxa de fecundidade subiu ligeiramente. Suécia e Itália constituem as exceções. Na Suécia a taxa aumentou consideravelmente durante os anos 80 decrescendo ao longo dos anos 90. Itália experimentou um contínuo e pronunciado declínio durante os anos 70 e apresenta actualmente a taxa mais baixa da Europa.

A generalidade dos países europeus registou um equilíbrio entre as taxas de fecundidade e de mortalidade, que resultou num crescimento demográfico quase nulo neste século, até finais da década de 30. Na década seguinte operou-se uma inversão desta tendência, com um crescimento rápido das taxas de fecundidade, acompanhadas por uma estabilização das taxas de mortalidade.

Depois de meados da década de 60 e até à actualidade, operou-se uma nova regressão da fecundidade.

**Grafico7** – Indicador conjuntural de fecundidade dos Países da União Europeia, em 1995/1999 (filhos por mulher).



Fonte: Eurostat - Estatísticas demográficas.

No que respeita à taxa de fecundidade, Portugal manteve até final da década de 80 uma taxa superior à média da U.E., mas o ritmo de queda foi muito superior ao verificado nos outros países comunitários e hoje em dia Portugal é dos países que menos nascimentos regista em média.

Portugal registava, em 1971, 3 filhos em média por mulher, 2.13 filhos em 1981, 1.58 filhos em 1991 e 1.52 filhos em média por mulher em 1996-1997, em 2001 segundo os últimos censos é de 1,46.

Em 1960 a fecundidade, em todos os países da U.E., permitia a renovação equilibrada das gerações, mas já o mesmo não acontecia em 1980, quando, no conjunto dos doze países comunitários, apenas Portugal, a Irlanda, Grécia e a Espanha conseguiam tal renovação, com descendências médias de 2.5, 3.4, 2.3 e 2.6 filhos por mulher, respectivamente. Em 1992 só a Irlanda se encontrava no limite de descendência média necessária para a renovação das gerações. Os restantes países situavam-se abaixo deste limite, sendo a média da comunidade de 1.5 filhos por mulher (INE, 1993).

Em 1997, Portugal mantinha-se abaixo da média da comunidade necessária para a renovação das gerações.

Para definir a taxa de fecundidade "ideal", que aponta para a estabilização do crescimento populacional de um país, demógrafos partiram de um pressuposto simples: o de que crianças são geradas por duas pessoas que, um dia, irão morrer e deverão, portanto, ser substituídas por outras duas. A chamada "taxa de reposição" é, por esse motivo, de 2,1 filhos por mulher.

A natalidade, em termos globais, voltou a cair no ano passado. Em 2003, nasceram 112.589 crianças, uma redução de 1,6 por cento face a 2002 (114.456 nados-vivos). O estudo do INE aponta para a existência de ciclos na evolução da natalidade. O valor de 2003 consolida a variação negativa dos nascimentos desde 2000, ano que marca o fim de uma fase de crescimento da natalidade que começara em 1995.

Apesar de haver uma aparente coincidência entre os dados, o aumento do trabalho feminino e a baixa de natalidade podem não ter uma relação de causa-efeito. Pelo contrário, há uma "correlação positiva entre" estes dois indicadores. Por alguma razão é que países como a Espanha, a Grécia e a Itália – onde a taxa de actividade feminina é mais baixa – são aqueles onde os índices de fecundidade são menores no contexto da União Europeia (cerca de 1,1 filho por mulher).

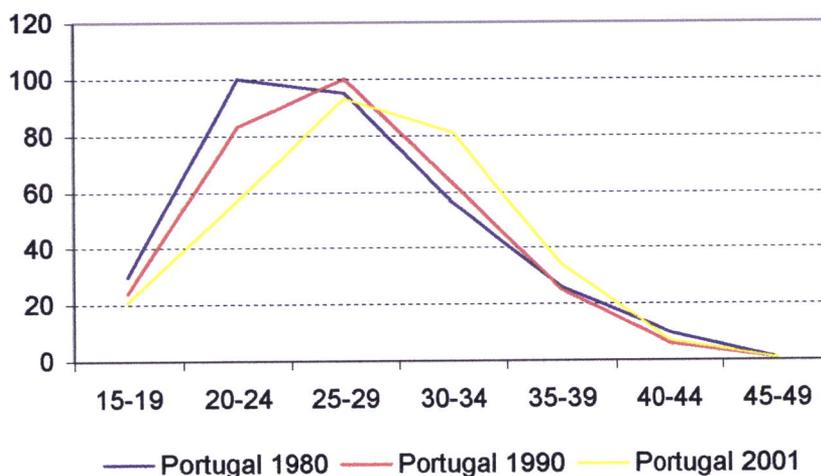
Portugal encontra-se, a este nível, nos valores médios, com um índice de fecundidade da ordem dos 1,5 filhos por mulher. E os países onde estão a nascer mais crianças são os escandinavos (1,8 a 1,9 crianças por mulher), justamente aqueles onde a taxa de actividade feminina é mais elevada. Nestes países, as elevadas taxas de natalidade podem dever-se, não só ao facto de as mulheres ficarem em casa, mas sim às políticas de apoio à maternidade e paternidade e à multiplicação de respostas sociais.

Os países escandinavos são os que apresentam maiores taxas de filhos fora do casamento, divórcios e coabitação. Também aqui, Portugal se encontra nos valores médios, com mais filhos fora do casamento e divórcios do que outros países do Sul da Europa.

Já o adiamento da maternidade parece um facto incontornável: os resultados da natalidade em 2003 demonstram e reforçam esta tendência. A proporção de mães com idades até aos 29 anos foi de 55,2 por cento, um decréscimo de 16 por cento em relação ao valor de 1991.

Também a tendência para os filhos únicos se mantém: 54,3 por cento dos nascidos-vivos em 2003 corresponderam a nascimentos de primeiros filhos, 33,4 por cento foram relativos a crianças já com um irmão e 12,3 por cento referem-se a terceiros ou mais filhos.

**Gráfico 8 - Modelo de Fecundidade Portugal.**



**Fonte: Dados do INE.**

Em Portugal em 1980 o modelo de fecundidade tem a configuração de um “chapéu” largo com uma “copa” plana. A curva inicia-se acima do zero, sobe de forma acentuada no grupo dos 20-24 anos, desce muito discretamente no grupo seguinte e forma nestes dois grupos o planalto do máximo de fecundidade. Nos dois grupos seguintes desce de forma significativa e mantém a descida até próximo do zero.

Em 1990 o modelo modifica-se, a curva em forma de “chapéu” é agora mais estreita, o topo do “chapéu” tem a forma de pico e este pico deslocou-se mais para a direita. A curva inicia-se mais próximo do zero que a curva de 80/81 o que significa que há menos mulheres com idades entre os 15-19 anos a terem filhos. A curva sobe significativamente no grupo dos 20-24 anos e atinge o pico no grupo seguinte. A descida é acentuada nos grupos seguintes e está próximo do zero a partir do grupo dos 40-44 anos.

Em 2001 verificamos que é no grupo de idades entre os 25-29 anos a partir do qual ocorrem mais nascimentos. As mulheres têm filhos até mais tarde. Verificamos também

uma diminuição significativa na taxa de fecundidade nesta última década em análise. Na comparação dos três modelos observa-se que na última década a fecundidade sofreu alterações significativas a primeira das quais é o seu decréscimo. A fecundidade foi mais elevada em 1980 que em 1990/1991. As mulheres passaram a ter filhos mais tarde, o valor mais elevado de fecundidade passou dos 20 – 24 anos em 1980 para os 25 – 29 anos em 2000/2001. Também em 2000/01 se verifica que a fecundidade aumenta consideravelmente nas mulheres com 30 – 34 anos comparativamente à fecundidade registada em 1980 nas mulheres com a mesma idade. O modelo de fecundidade de 2001 enquadra-se no modelo dos países desenvolvidos onde o pico da fecundidade avança para a direita e as mulheres têm filhos mais tarde. Estas são curvas típicas de uma população que utiliza a contraceção em larga escala e que concentra a sua fecundidade entre os 20 e os 30 anos (Nazareth, 1996).

A diminuição da variância traduz-se num estreitamento da curva de 2000/01 o que como já foi referido se enquadra num país onde a maternidade é planeada de acordo com as condições e atitudes face à vida. Uma fecundidade baixa é em princípio obtida com uma variância baixa.

São factores responsáveis pela evolução da fecundidade os relacionados com o período fértil da mulher e também os factores económicos, sociais, culturais e as mentalidades. A transição dos papéis da família, a emergência de novos valores associados aos estilos de vida é importante na decisão da maternidade realizada e da altura em que esta ocorre. Em Portugal o número de casamentos diminuiu em 1980 e não voltou a aumentar em 1990. Os divórcios aumentaram desde 1980. Estes dados revelam diferença de comportamentos em relação à vida e que se reflectem na fecundidade.

Estas tendências pesadas enaltecem a problemática do duplo envelhecimento da população que atinge toda a Europa e que tem como uma das causas o declínio da fecundidade. Em Portugal a última década foi marcada por alterações significativas dos papéis da mulher, confrontada com a inexistência de políticas familiares de protecção à maternidade sem que desta resultem desvantagens profissionais e sociais. A formação académica conclui-se sensivelmente aos 24 anos e a estabilidade profissional por vezes surge bem mais tarde. Estas condicionantes determinam opções que vão modificando o modelo de fecundidade.

A diferença parece não estar somente justificada pela estrutura porque em 80/81 as mulheres em idade fértil representavam 24% da população e em 90/91 25% da população eram mulheres em idade fértil. Houve um aumento das mulheres neste grupo e uma diminuição da fertilidade. A diferença parece, estar mais fortemente associada a factores como os comportamentos, os valores, as alterações na estrutura da família, as condições sociais e económicas das mulheres.

**Quadro 5** – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus em 1990.

Grupos Idades	Nasc 1990 Grécia	Pop. Fem. Grécia	Nasc. 1990 Irlanda	Pop. Fem. Irlanda	Nasc. 1990 Dinamarca	Pop. Fem. Dinamarca
15-19	5 031	341 500	2 136	166 300	1 151	180 200
20-24	28 961	374 100	7 582	125 000	11 252	192 500
25-29	36 583	355 800	15 875	117 000	26 985	194 600
30-34	22 202	356 800	16 604	121 400	17 702	181 000
35-39	7 933	331 000	8 279	114 700	6 229	181 200
40-44	1 614	334 900	2 036	110 300	1 000	200 000
45-49	146	292 900	163	88 800	35	178 900
<b>Total</b>	<b>102 620</b>		<b>52 684</b>		<b>64 358</b>	

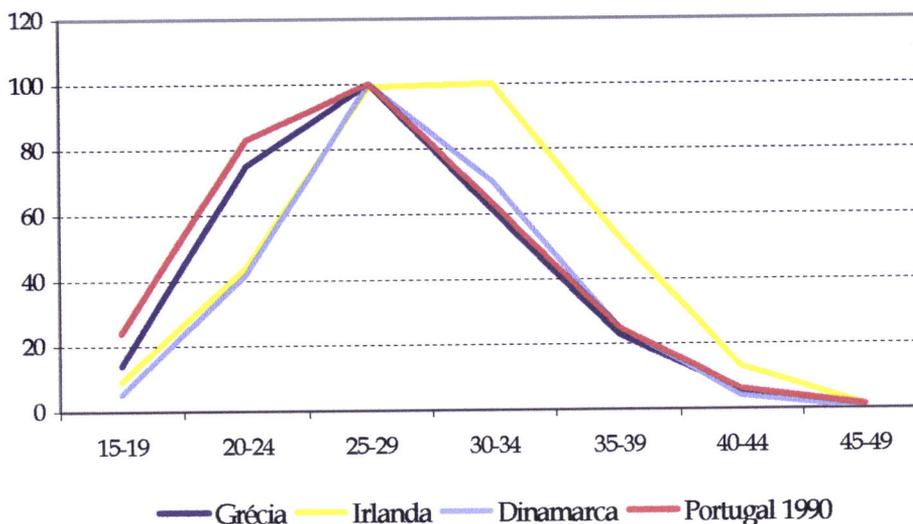
Fonte: Elaborado a partir de dados do Eurostat.

População total da Grécia = 10 083 700

População total da Irlanda = 3 502 800

População total da Dinamarca = 5 140 000

**Gráfico 9 – Modelos de Fecundidade – Grécia, Irlanda, Dinamarca e Portugal**  
1990.



**Fonte: Dados do Eurostat.**

Quanto à idade em que em média as mulheres têm filhos verifica-se que é em Portugal que as mulheres têm filhos mais cedo, aos 27,5 anos e é também o país com a variância mais elevada (33,67). Na Grécia as mulheres têm filhos em média ligeiramente mais tarde, aos 27,8 anos e a variância é menor (30,02). Na Dinamarca as mulheres têm filhos em média aos 29 anos e a variância é baixa (24,32). Na Irlanda as mulheres têm filhos em média aos 30 anos e a variância é a segunda mais elevada, (33,19) logo a seguir a Portugal.

Quando se comparam graficamente os diferentes modelos de fecundidade verifica-se que Portugal e a Grécia têm uma representação muito semelhante. A curva em forma de “chapéu” é baixa, ilustrando bem a baixa fecundidade. Em Portugal a curva inicia-se mais acima do zero do que na Grécia. Em ambos os países a curva sobe no segundo grupo e atinge o ponto mais alto no grupo dos 25-29 anos. A descida é pouco acentuada para o grupo dos 30-34 anos e deste grupo para o seguinte. No grupo dos 40-44 anos aproxima-se do zero e é quase nula no último grupo. A largura das duas curvas representa a variância da idade média em que as mulheres têm filhos.

O modelo da Dinamarca forma um “chapéu” estreito com um pico, ilustrativa da baixa variância. É um modelo típico de um país onde a contraceção está bastante difundida e

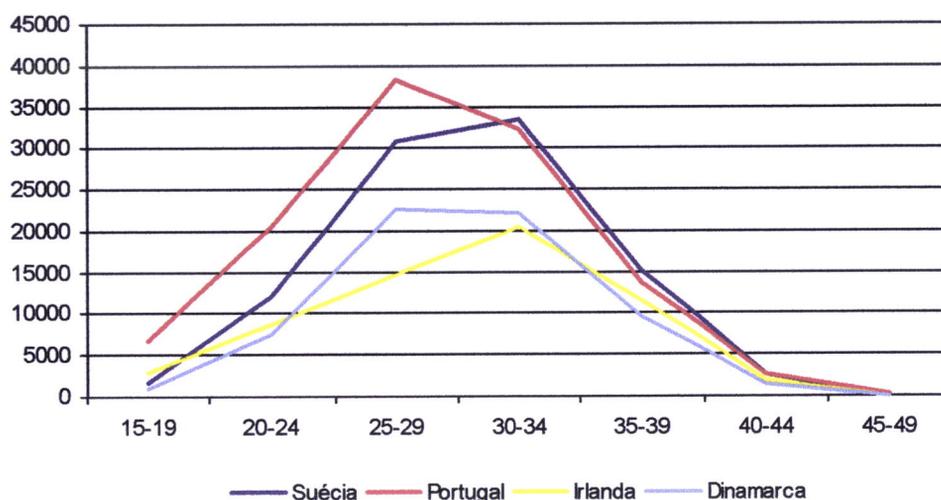
onde as mulheres decidem sobre a altura em que pretendem ter filhos. Na comparação com o modelo de fecundidade Irlandês representado com a forma de “chapéu” largo com ponta rasa verifica-se que a fecundidade nas mulheres dos 15 aos 24 anos é semelhante nos dois países, onde as curvas têm idêntica configuração. Os valores mais elevados de fecundidade na Irlanda ocorrem nas mulheres com idades entre os 25 e os 34 anos enquanto na Dinamarca o pico de fecundidade ocorre apenas no grupo dos 25-29 anos. Ainda na Irlanda se verifica que a seguir aos dois grupos etários onde a fecundidade é mais elevada as mulheres com 35-39 anos têm a fecundidade mais elevada em comparação com os outros três países. Esta constatação permite afirmar que na Irlanda as mulheres têm filhos mais tarde e até mais tarde que nos outros países. Desde os 30 e até aos 39 anos as mulheres têm filhos enquanto que nos outros países as mulheres destas idades já quase não têm filhos. Tal como nos outros países também na Irlanda as mulheres com 40 e mais anos têm poucos filhos e o final da curva está muito próximo do zero.

**Quadro 6** – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus em 2002.

<b>Grupos Idades</b>	<b>Nasc. Suécia</b>	<b>Nasc. Portugal</b>	<b>Nasc. Irlanda</b>	<b>Nasc. Dinamarca</b>
<b>0-14</b>	5	92	19	1
<b>15-19</b>	1691	6638	2971	907
<b>20-24</b>	12081	20544	8589	7536
<b>25-29</b>	30818	38274	14572	22655
<b>30-34</b>	33423	32339	20346	22093
<b>35-39</b>	15151	13748	11633	9560
<b>40-44</b>	2545	2578	1999	1351
<b>45-49</b>	96	152	70	46
<b>+ 50</b>	5	8	0	0
<b>Total</b>	<b>95815</b>	<b>114383</b>	<b>60521</b>	<b>64149</b>

**Fonte:** Dados do Eurostat fornecidos pelo INE.

**Gráfico10** – Nascimentos por grupo etário da mãe em alguns países europeus/2002.



**Fonte: Dados do Eurostat fornecidos pelo INE.**

No Sul da Europa o declínio da taxa de natalidade é o mais acentuado: 1,45 em Portugal, 1,27 na Grécia, 1,23 em Itália e 1,15 em Espanha. Em 2050, prevê-se que a média etária destas populações oscile entre os 49 anos, em Portugal, e os 52 anos, em Itália. Estima-se que a população decresça entre os 8% em Espanha e os 22% em Itália. Os três países mais ricos do centro da Europa, Alemanha, Áustria e Suíça, registam igualmente baixas taxas de natalidade: Áustria (1,28), Alemanha (1,35) e Suíça (1,41). Prevê-se, também, que a população suíça diminua 19% em 2050, a austríaca, 9% e a alemã, 4%. A modesta descida prevista para a Alemanha justifica-se com base no aumento da imigração.

Nos países do Norte e Leste da Europa, regista-se uma taxa de natalidade relativamente alta que oscila entre uma taxa mais elevada na Irlanda – 1,9 nascimentos – e uma mais baixa, no Reino Unido – 1,6 nascimentos por cada mulher. Os restantes países encontram-se no meio desta tabela: França (1,89), Noruega (1,8), Dinamarca (1,77), Finlândia (1,73), Luxemburgo (1,73), Holanda (1,72), Bélgica (1,66) e, por fim, a Suécia (1,64). A população do Reino Unido deverá crescer 13% devido, em grande parte, à imigração.

Os novos países aderentes à União Europeia – incluindo a Bulgária e a Roménia –, registam baixas taxas de natalidade que podem variar entre os 1,1 na Letónia e os 1,32

na Roménia, enquanto o maior candidato, a Polónia, regista 1,26. Estes países sofrerão, igualmente, grandes quebras populacionais nos próximos cinquenta anos, podendo oscilar entre uma pequena descida de 8% na Eslováquia e uma descida acentuada de 52% na Estónia.

É na diminuição da mortalidade que se encontra a causa explicativa do envelhecimento no topo da pirâmide de idades, uma vez que os ganhos alcançados tornam a sobrevivência de um número crescente de pessoas idosas.

Quando se estuda a mortalidade, enquanto fenómeno social, temos de ter presente três componente:

- A caracterização do declínio observado na época contemporânea, o estudo dos factores responsáveis por esse declínio e a identificação das diferenças observadas entre determinados grupos.

O declínio da mortalidade é diferencial segundo a época, os grupos de idades e a área geográfica. Antes do séc. XIX existiam elevados níveis de mortalidade – taxas de mortalidade infantil acima dos 250 por mil e uma duração média de vida perto dos 40 anos. A partir do séc. XIX e XX, assiste-se a uma transição da mortalidade, nos países desenvolvidos, com taxas de mortalidade infantil inferiores a 10 por mil e uma duração média de vida que se aproxima dos 80 anos.

Na UE esta situação ocorre com a designada primeira transição epidemiológica ligada à diminuição dos óbitos causados por doenças infecciosas e que terminou em toda a Europa Ocidental entre 1950 e 1960. A esta transição epidemiológica seguiu-se um novo período de recuo da mortalidade como consequência dos progressos terapêuticos na luta contra as doenças de degenerescência orgânica (cancro e doenças cardiovasculares) e a importância da prevenção.

Portugal, à semelhança da Espanha e da Grécia na segunda metade do século XX estava afastado de outros países da UE em cerca de 10 anos na esperança de vida. O País vem a recuperar e em quarenta anos ganhou 12, 5 anos de vida nos homens e 13, 7 anos nas mulheres. (Nazareth 1996; Carrilho 2003)

A característica principal da mortalidade durante o séc. XX foi o seu declínio de forma generalizada. No entanto este declínio não se fez sentir em todos os países ao mesmo tempo, e nos países em que tal aconteceu não declinou à mesma velocidade em todos os grupos de idades.

Grande parte dos países desenvolvidos apenas conheceram um declínio significativo a partir da Segunda Guerra Mundial e os primeiros grupos de idades a serem beneficiados foram os primeiros, em particular os primeiros anos de vida.

Se observarmos o quadro (8) verificamos a evolução das taxas brutas de mortalidade (‰) por regiões entre 1950 e 2003, e apercebemo-nos que o seu declínio é uma realidade. Se, no que respeita às regiões menos desenvolvidas esta afirmação é verdadeira, já nas regiões desenvolvidas se assiste, no fim do período, a uma ligeira inversão da tendência, fundamentalmente por consequência do envelhecimento acentuado das populações dessas regiões (Europa e América do Norte)

**Quadro 7 – Evolução das taxas brutas de mortalidade (%) por regiões (1950-2003).**

Região	Ano					
	1950/55	1960/65	1970/75	1980/85	1996	2003
Mundo	19	15	13	11	9	9
África	27	23	20	17	13	14
África Oriental	29	24	21	19	15	17
África Central	28	25	22	19	16	16
África do Norte	24	19	15	13	8	7
África do Sul	18	18	16	12	8	14
África Ocidental	29	26	23	19	14	15
América do Norte	9	9	9	8	9	8
América Latina	14	11	9	8	7	6
Caraíbas	14	11	9	8	8	8
América Central	17	12	9	7	5	5
América do sul	13	11	9	8	7	6
Oceânia	12	11	9	9	7	7
Ásia Oriental	20	12	10	8	7	7
Ásia sul Central	26	21	17	15	10	9
Ásia do SE	24	19	15	12	8	7
Ásia do SW	21	18	14	12	7	7
Europa	11	10	10	10	11	12
Europa Leste	11	9	10	11	14	14
Europa Norte	11	11	11	11	11	10
Europa do Sul	10	9	9	9	9	9
Europa Ocidental	11	11	11	11	10	10

Fonte: Nazareth 1982:1950-75; Morais 2002:1980-1996; World Population Data Sheet 2003.

Não podemos esquecer, nesta análise, que as *taxas brutas* estão intimamente relacionadas não só com as características do fenómeno em observação, num determinado período, mas também com a estrutura da população que lhe dá origem. No caso da *mortalidade* pode, assim, sofrer uma tendência para se elevar, devido ao aumento do número de pessoas idosas, ou para baixar devido ao aumento da esperança de vida. No entanto, enquanto as estruturas se mantiverem semelhantes, as *taxas brutas* são um indicador bastante satisfatório. (Nazareth 1996; Bandeira 2004)

Ao longo do processo de evolução da mortalidade, cada país foi marcado por uma história de transição própria e específica, que reflecte as condicionantes sociais, culturais e económicas de cada população.

A Europa marcou o início do processo de transição da mortalidade nos fins do séc. XVIII, que se estendeu até o pós-primeira Guerra Mundial; a América do Norte, a Oceânia, juntamente com a Argentina e o Uruguai. A América Latina iniciou o seu percurso no terceiro quartel do séc. XIX, enquanto que a África e a Ásia, de um modo geral, iniciaram o movimento mais tardiamente, apenas após a Segunda Grande Guerra. (Morais, 2002)

As tendências da mortalidade, até mais ou menos meados do séc. XX, tiveram um papel importante na evolução demográfica dos países da EU. Estas, foram responsáveis pelo crescimento e manutenção de estruturas por idades relativamente jovens, o que se viria a modificar, posteriormente, dando lugar ao envelhecimento das populações, conjuntamente com o declínio da fecundidade e o aumento da esperança de vida.

O início do declínio da mortalidade nos países da EU pode ser dividido, em três períodos:

- 1) Os últimos anos do séc. XVIII e o começo do séc. XIX: esta onda de progresso afectou principalmente a França. O declínio começou lento mas acelerou-se depois de 1870.

- 2) A partir de 1870, cerca de três quartos de século mais tarde, verifica-se a tendência para um acentuado declínio, quase em simultâneo, em vários pontos da Europa: Inglaterra e País de Gales, Bélgica, Holanda, Alemanha e Itália. Esta segunda fase parece corresponder à divulgação da medicina preventiva e à descoberta da origem microbiológica dos agentes das doenças infecciosas.

- 3) Cerca de vinte anos mais tarde, foram os países do sudoeste europeu (Portugal e Espanha) que beneficiaram do declínio. (Chesnais 1992)

Pela análise do quadro (9), em 1900, os países com valores abaixo dos 20%, eram a Dinamarca, a Holanda, a Bélgica, a Inglaterra e a Irlanda. Nos anos precedentes da Primeira Guerra Mundial surgiram a França, a Alemanha e a Itália, a partir de 1920 surge a Espanha, Portugal e a Grécia.

**Quadro 8 – Taxas brutas de mortalidade em países da União Europeia.**

<b>Países</b>	<b>Ano</b>	<b>1850</b>	<b>1900</b>	<b>1920</b>	<b>1940</b>	<b>1960</b>	<b>1980</b>	<b>1996</b>	<b>2003</b>
<b>Alemanha</b>		25.6	22.1	15.1	12.7	11.6	11.6	11	10
<b>Bélgica</b>		21.2	19.3	13.9	15.1	12.3	11.6	12	10
<b>Dinamarca</b>		19.1	16.8	12.9	10.4	9.5	10.9	10	11
<b>Grécia</b>		-	-	-	12.8	7.3	9.0	9	9
<b>Espanha</b>		-	29.0	23.4	16.5	8.7	7.6	9	9
<b>França</b>		21.4	21.9	17.2	18.0	11.3	10.2	9	9
<b>Irlanda</b>		-	19.6	14.8	14.2	11.5	9.6	9	8
<b>Itália</b>		-	23.8	19.0	13.6	9.6	9.6	10	10
<b>Luxemburgo</b>		-	-	-	-	-	11	9	8
<b>Países Baixos</b>		22.2	17.9	12.3	9.9	7.7	8.0	9	9
<b>Reino Unido</b>		20.8	18.2	12.4	14.4	11.5	11.8	11	10

Fonte: Chesnais 1992: 1850-1980; World Population Data Sheet 1996/ 2003.

As grandes diferenças entre os países, no que respeita às taxas brutas de mortalidade, no início do séc. XX, vão-se esbatendo até 1980, e quase que se uniformizam a partir de 1996. A Espanha é o melhor exemplo do sucesso contra a mortalidade, seguido da Itália. Em 1850, todos os valores excediam os 20‰, com exceção da Dinamarca. A partir de 1960, um abrandamento considerável do declínio da mortalidade caracterizou quase todos os países.

Em termos de transição, o desenvolvimento das variações de mortalidade pode ser visto como o resultado de transformações gerais, de mudanças de políticas profundas e do maior progresso económico. Na realidade foi causa e consequência de mutações estruturais e cada país expressou-o numa escala temporal própria e inerente a um sistema de relações específicas. (Morais, 2002)

Os anos 70 do século XX foram os anos de grande progresso no campo da mortalidade para os países da comunidade, embora com ritmos diferentes. Como já referimos anteriormente, Portugal, a par da Espanha e da Grécia, teve a sua transição de mortalidade, com declínio acentuado, cerca de 10 anos mais tarde do que os países mais desenvolvidos.

Se observarmos o quadro 9 verificamos, que em Portugal ocorreram 105 092 óbitos em 2001, ou seja um acréscimo de 17,8% comparativamente a 1981 e de menos 6% em relação ao ano anterior.

Estes valores influenciam a taxa bruta de mortalidade que passou de 9,7‰ em 1981 para 10‰ em 2001 e coloca o país acima da média estimada para o espaço comunitário (9,5‰)

**Quadro 9 – Indicadores sobre a mortalidade, Portugal 1981-2001.**

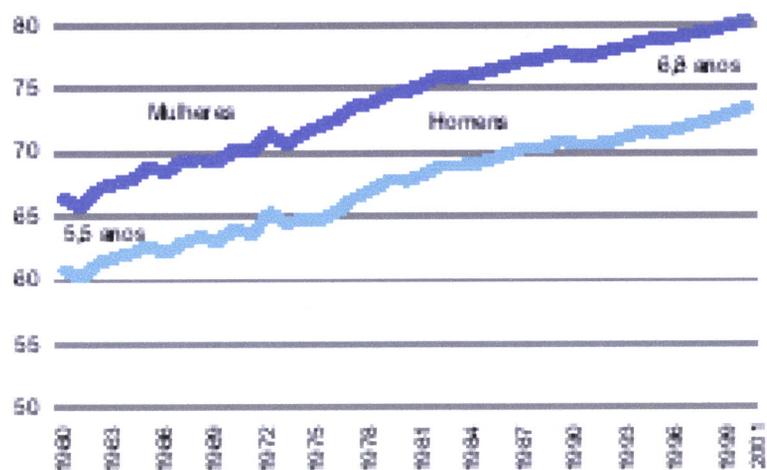
Anos	1981	1985	1991	1995	2000	2001
Óbitos	95728	97085	103882	103475	105364	105092
Taxa de Mortalidade (%)	9,7	9,7	10,4	10,3	10,3	10,2
Óbitos com mais de um ano	3309	2317	1254	796	862	567
Taxa de Mortalidade Infantil (%)	21,8	17,8	10,8	7,4	5,5	5,0
Esperança de vida à nascença						
Homens	68,21	60,38	70,58	71,66	73,03	73,47
Mulheres	75,24	76,41	77,60	78,76	79,92	80,30
Esperança de vida aos 65 anos						
Homens	13,30	13,48	14,12	14,53	15,37	15,87
Mulheres	16,24	16,72	17,23	17,91	18,67	18,93

Fonte: INE revista de estudos demográficos.

Devido à restrição que as taxas brutas de mortalidade nos oferecem, quando queremos comparar os países quanto ao respectivo nível sanitário deve-se recorrer a outro indicador, a esperança de vida à nascença.

A **esperança de vida à nascença**, em Portugal melhorou substancialmente nos anos 70 e, desde 1980, cresceu a um ritmo semelhante ao da média europeia. Em 2000/2001 a mulher portuguesa possui uma esperança de vida 6.8 anos mais longa do que o homem, respectivamente com valores 80.3 e 73.5 anos. Como podemos ver pela análise do quadro 10 o fenómeno de sobre mortalidade masculina agravou-se no período em questão, embora tenha tendência para retroceder. (EUROSTAT, 2001; INE 2003)

**Gráfico11 – Esperança média de vida à nascença: Portugal 1960-2001.**



**Fonte: INE revista de estudos demográficos.**

No que respeita à Europa, podemos averiguar pelo quadro 10 que os maiores valores de esperança de vida, em 2003, observam-se para os homens, na Suécia (78), e para as mulheres na França (83), Itália (83) e Espanha (83).

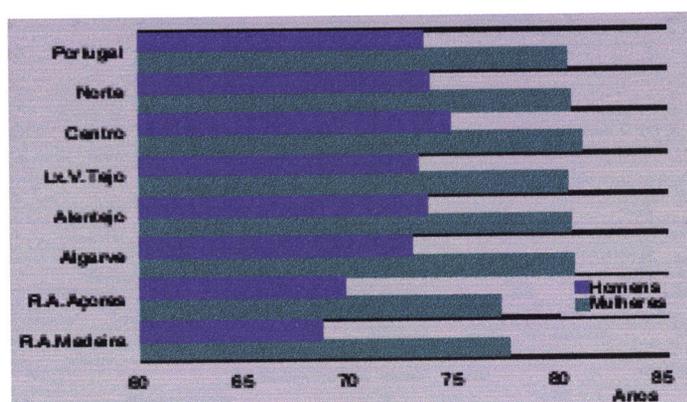
**Quadro 10 – Esperança de vida à nascença (anos) na Europa.**

Países	Esperança de vida à nascença (anos)		
	Homens	Mulheres	Total
Países Baixos	76	81	78
Dinamarca	75	79	77
Irlanda	75	80	77
Suécia	78	82	80
França	76	83	79
Espanha	76	83	79
Grécia	76	81	78
Itália	77	83	80
Portugal	74	80	77
Reino Unido	75	80	78

**Fonte: World Population Data Sheet 2003.**

Ainda no que respeita à esperança de vida, quando analisamos Portugal em termos de regiões, as disparidades são evidentes. É no Centro do País que tantos homens como mulheres vivem em média o maior número de anos. Ao contrário, é nas Regiões autónomas que em média se vive menos.

**Gráfico12** – Esperança média de vida à nascença Nuts II 2000-2001.



Fonte: INE.

A sobremortalidade masculina está bem visível na análise da mortalidade para cada sexo e idades.

A relação de *sobremortalidade* cresce desde a nascença e atinge o valor máximo no ano de 2002 na idade exacta de 25 anos, idade em que o risco de morte corresponde a quatro homens por cada mulher. À medida que se avança na idade a relação de sobre mortalidade masculina desce gradualmente, até que aos 65 anos o risco de morte dos homens face ao das mulheres é praticamente metade do observado aos 25 anos.

(Carrilho, 2003)

A par da esperança de vida, outro bom indicador das condições de vida de uma população é a mortalidade infantil. Este indicador de mortalidade é também importante para efeitos comparativos, uma vez que os resultados não sofrem influência pelo fenómeno do envelhecimento.

O conceito de **mortalidade infantil** designa o risco de mortalidade durante o primeiro ano de existência de uma geração, medido pelo quociente de mortalidade entre o nascimento e o primeiro aniversário. Desta forma, a taxa de mortalidade infantil é um dos principais e mais relevantes indicadores da situação sanitária de uma população num dado momento e assume a configuração de uma taxa entre aniversários.

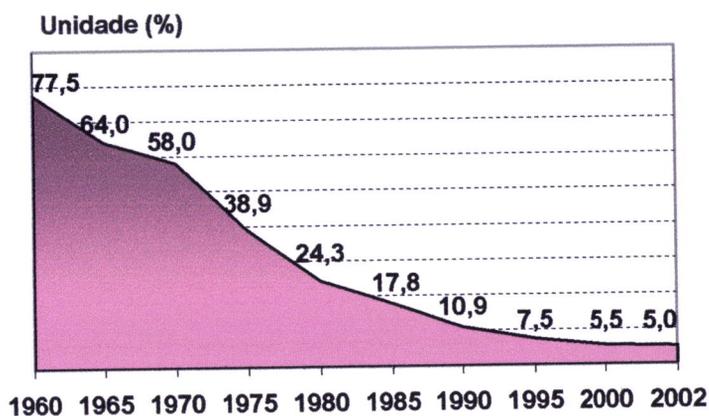
Uma das razões por que a taxa de mortalidade infantil é usualmente utilizada como indicador do nível de desenvolvimento social de um país ou de uma população tem a ver com o facto de que a ocorrência da mortalidade infantil pode ser o resultado de condições sanitárias ou contextos sociais e familiares desfavoráveis à sobrevivência do recém-nascido. Deste ponto de vista, pode-se falar de uma *mortalidade infantil exógena*. Por outro lado, uma parte dos óbitos infantis são devidos a causas anteriores ao nascimento ou resultam do próprio nascimento (constituição do embrião, higiene e saúde da mãe durante a gravidez, dificuldades do parto, etc.) Esses óbitos constituem a *mortalidade infantil endógena*.

(Nazareth, 1996; Bandeira, 2004)

O interesse principal desta distinção entre mortalidade infantil endógena e mortalidade infantil exógena decorre dos ensinamentos quanto à melhoria das políticas sociais e de protecção à infância e à maternidade, sendo adquirido que essa melhoria produzirá efeitos principalmente sobre a redução dos factores responsáveis pela mortalidade exógena. Nos países industrializados, a mortalidade infantil desceu continua e regularmente, tendo atingido no final do séc. XX valores que são 30 vezes inferiores aos que se verificavam no início do século.

Em Portugal, a descida da mortalidade infantil teve maior expressão desde o início dos anos sessenta, quando por cada 1000 nados vivos com vida morriam cerca de oitenta antes de atingirem o primeiro aniversário. No entanto, só no início dos anos noventa é que esta taxa deixou de apresentar dois dígitos, para se situar em 5,0‰ em 2001.

**Gráfico 13 – Taxas de mortalidade infantil 1960-2002.**



Fonte: INE revista de estudos demográficos.

A partir de 1995 Portugal deixou de possuir a taxa de mortalidade infantil mais elevada entre os países da EU, aproximou-se dos padrões europeus rondando os 5,0%.

**Quadro 11 – Taxas de mortalidade infantil (2003) nos países da Europa.**

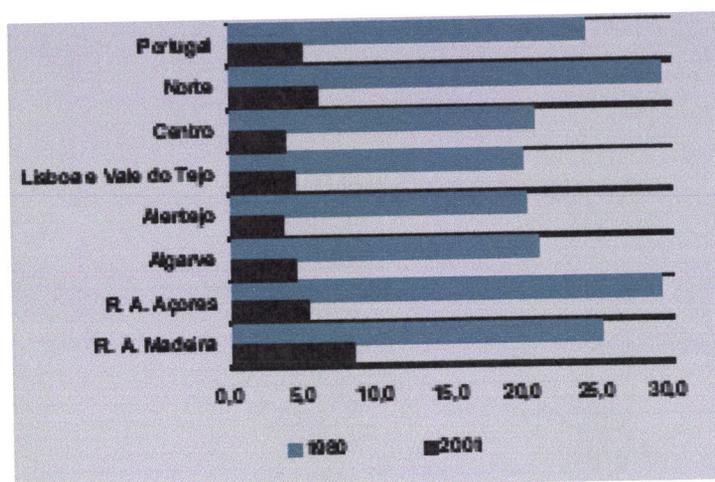
Países da UE	Taxas de Mortalidade Infantil em 2003
Grécia	5.9
Reino Unido	5.4
Países Baixos	5.4
Luxemburgo	5.9
Irlanda	5.8
Itália	4.8
Suécia	3.7
Finlândia	3.2
Espanha	3.5
Portugal	5

Fonte: World Population Data Sheet 2003.

A posição mais desvantajosa pertence à Grécia (5.9%) e ao Luxemburgo, enquanto a Espanha (3.5%) e a Finlândia (3.2%) detém as taxas mais baixas em 2003.

A nível geográfico (NUTS II), pela análise do gráfico (14) verifica-se que nos anos oitenta o Norte e a Região Autónoma dos Açores posicionavam-se no primeiro lugar, com as taxas mais elevadas. Em 2001 pertencia à Madeira a taxa mais elevada (8,2%), enquanto que o Centro (3,8%) e o Alentejo (3,6%) eram as Nuts com valores manifestamente inferiores à média nacional.

**Gráfico 14 – Mortalidade infantil Nuts II (1980-2001).**



Fonte: INE revista de estudos demográficos.

Quando analisamos os valores de mortalidade infantil no ano de 2002, encontramos algumas diferenças, verifica-se que o valor mais elevado ocorreu, novamente na Região Autónoma dos Açores (6,5%) e a menor incidência desta taxa verifica-se na região Centro (3,8%)

As disparidades regionais deste indicador têm de ser analisadas com cuidado pois os diminutos valores assumidos pelas variáveis óbitos com menos de um ano e nados vivos, podem provocar oscilações na taxa. (Carrilho, 2002)

No que se refere às causas de mortalidade infantil, no presente verifica-se uma predominância de causas endógenas. Os avanços na medicina, a assistência materno infantil e os programas de vacinação fizeram recuar as causas externas, normalmente associadas a infecções.

O conhecimento dos padrões comparativos de mortalidade inclui o estudo das doenças ou outros factores que constituem as causas determinantes da mortalidade.

As principais causas de morte em Portugal (dados do INE de 2001) são as doenças do aparelho circulatório, os tumores e os acidentes. As doenças do aparelho circulatório assumem nesta data (2001) o primeiro lugar.

Até 1950 as *doenças infecciosas e parasitárias* permaneceram como a principal causa de morte em Portugal, sendo imputado às diarreias e enterites o grande peso na mortalidade, claramente no que concerne às que ocorreram antes dos dois anos de vida. A etiologia destas doenças, fortemente ligadas ao meio ambiente social (habitação, alimentação...) e à higiene, explica facilmente estas vicissitudes.

Os progressos que se realizaram e tornaram possível a acentuada atenuação destas patologias estão ligados não só a terapias específicas, cada vez mais eficazes mas também as mutações ocorridas nas condições de vida das populações. (Nazareth 1996; Morais, 2002)

Em jeito de *síntese*, podemos referir que as doenças isquémicas do coração, os tumores (especialmente do pulmão), e os acidentes de trânsito de veículos a motor são as principais causas que explicam a desigualdade entre os dois sexos perante a morte em 2001 e que se traduz numa diferença da esperança de vida (7 anos) a favor da mulher.

O declínio da mortalidade apareceu como um elemento fundamental para poder explicar a transformação demográfica ocorrida na nossa sociedade. Quanto ao futuro modelo de mortalidade em Portugal, vai depender, por um lado, do conhecimento cada vez mais aprofundado dos factores que estão envolvidos, que são complexos, e, por outro, da variedade de causas de morte predominantes e emergentes e das determinantes subjacentes.

Uma melhor compreensão das variações da mortalidade pode vir a ter um papel crucial na preparação de políticas que venham modificar os seus condicionalismos.

A baixa da mortalidade implica todo um processo em que interagem os factores biológicos e o ambiente. Uma nova estratégia sanitária implica o envolvimento de cada indivíduo na luta contra a doença, através da mudança de comportamentos e estilos de vida, económica e social, e consciencializando-se também que a saúde não depende apenas o sistema sanitário.

As migrações afectam a estrutura por sexo e por idades de uma população, quer de um modo directo, pela repercussão nos efectivos da população de origem e de acolhimento, quer de um modo indirecto, pela transferência de nascimentos que podem ter associadas. (Carrilho, 2002)

Embora a esmagadora maioria dos seres humanos resida no país onde nasceu, a importância do fenómeno migratório na demografia das sociedades, quer de acolhimento quer de origem, é indiscutível. E Portugal, país que recentemente se tem vindo a afirmar como um espaço particularmente atractivo, não é excepção.

As migrações são um objecto de estudo essencial para a demografia, porque alteram a composição e a estrutura das populações, interferindo assim nas suas dinâmicas. Mas, enquanto fenómeno demográfico, elas colocam à análise dificuldades particulares, suscitadas quer pela sua complexidade enquanto objecto de estudo, quer pelos problemas relativos à sua observação.

Nos países mais desenvolvidos, natalidade e mortalidade estabilizaram em baixos níveis estruturais, permitindo-se apenas algumas ligeiras variações. Essa estabilidade ocorre, para mais, com um elevado grau de homogeneidade territorial – abrangendo diversos países e regiões. Desta forma, alguns autores, entre os quais Peixoto (2002) admitem que as migrações, mais intensas e instáveis, tornam-se a variável demográfica mais fortemente explicativa das dinâmicas populacionais.

No contexto europeu, o debate acerca da necessidade da imigração tornou-se muito intenso. Para além das múltiplas ramificações do tema (os impactos económicos, sociais, culturais e políticos da imigração), a questão propriamente demográfica tem suscitado grande atenção.

Vários autores acreditam que a imigração é o único modo de sustentar a implosão demográfica europeia e de, pelo menos, abrandar o irreversível processo de envelhecimento. (Carrilho, 2002; Peixoto, 2002 Rosa, [et.al], 2004)

Em Portugal, a influência da variável migratória sobre as dinâmicas populacionais é conhecida desde há muito. No nosso caso, não foi tanto a imigração como, sobretudo, a emigração que esteve em foco. Toda a demografia nacional do séc. XX (pelo menos) esteve indissolúvelmente ligada à história emigratória do país.

Os vários ciclos de emigração, a estrutura demográfica dos emigrantes, os impactos indirectos da emigração e as consequências do retorno tornam-se essenciais para explicar a demografia do país e das suas regiões (Peixoto, 2002)

Depois do final da década de 1970, e de forma mais acentuada nos anos 90, a **imigração em Portugal** tornou-se cada vez mais visível. Apesar dos saldos migratórios terem sempre interferido na demografia portuguesa, algo de novo se começou a passar. Portugal, país tradicionalmente de emigração, passou a ser também um país de imigração, e actualmente, esta tornou-se a componente principal dos movimentos migratórios externos.

A imigração aparenta vir a ocupar um lugar simétrico ao da emigração enquanto factor explicativo da demografia do país, o seu contributo para o crescimento, alteração das estruturas demográficas e dinâmicas territoriais do país, tende a crescer. Natalidade e mortalidade posicionam-se em padrões europeus, a emigração, mesmo não extinta, é diminuta. O número de imigrantes é crescente, a diversidade de origens nacionais e étnicas está a aumentar, a ocupação do território é cada vez mais vasta, pelo que a sua contribuição para as dinâmicas demográficas locais, regionais e nacionais é marcada. (Peixoto, 2002; Rosa, 2004)

De uma imigração mais “familiar” Portugal passou, também para uma imigração mais “cosmopolita”. Os primeiros fluxos significativos, a partir dos anos 70, trouxeram consigo um volume crescente de lusófonos: imigrantes dos PALOP e brasileiros. Os

próprios fluxos provenientes da União Europeia eram familiares ao país. Desde o final da década de 1990, Portugal viu diversificar a origem das migrações, com números crescentes de europeus de Leste. O país viu-se, assim, inserido num mercado internacional de trabalho e numa dinâmica migratória cada vez mais complexos.

A emigração é um fenómeno histórico-estrutural do nosso país, mas os seus ritmos têm sido diferentes ao longo do tempo. Na trajectória da emigração portuguesa é possível identificar fases bastante marcantes, segundo os dados disponíveis no INE:

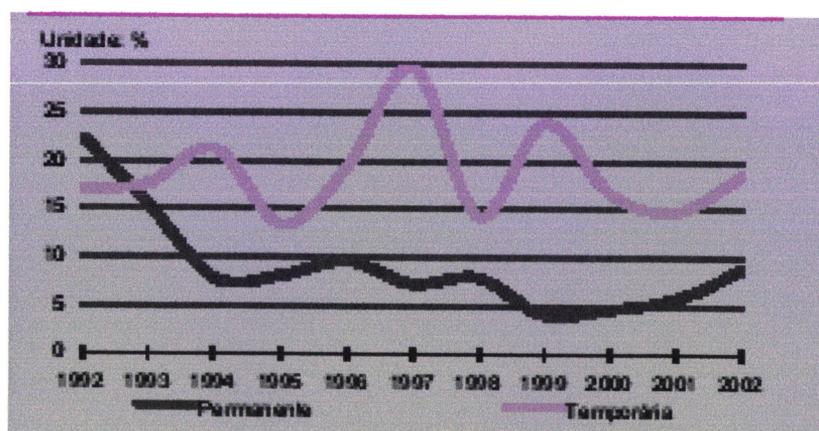
- O primeiro grande surto emigratório da história contemporânea portuguesa, sobretudo para o Brasil, localiza-se entre 1911 e 1920, com **88 929** emigrante;

- No período 1930/1950, os fluxos migratórios externos diminuem consideravelmente de intensidade, atingindo o valor mínimo, em vésperas da segunda guerra mundial, 1943 (**893** emigrantes)

- Outra fase, corresponde ao grande ciclo de emigração portuguesa para a Europa, durante a guerra colonial, entre 1962 e 1972, com **120 239** emigrantes.

Mais recentemente, em finais dos anos oitenta e início dos anos noventa, a emigração portuguesa assume alguma expressão, embora com níveis inferiores aos do passado

**Gráfico 15 – Emigração permanente e temporária 1992-2002.**

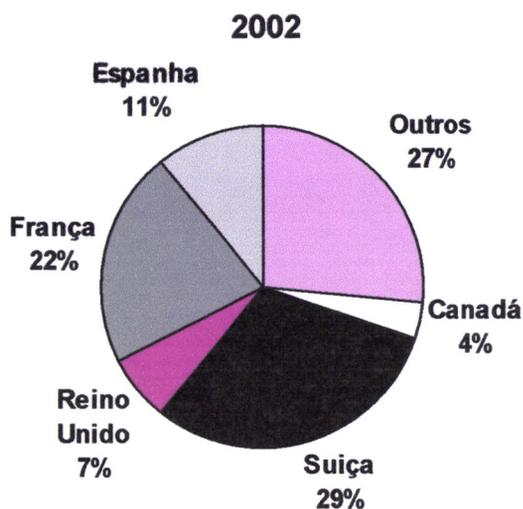


Fonte: INE – Situação demográfica 2002.

Com base nos elementos disponíveis é possível apontar para uma estabilização recente da emigração permanente, a baixos níveis, que ronda 6000 indivíduos por ano, e para um aumento dos fluxos emigratórios de carácter temporário.

Segundo os dados do INE, os fluxos são predominantemente masculinos (81,7%) e têm como destino principal a Europa comunitária.

**Gráfico16 – Emigrantes por país de destino.**

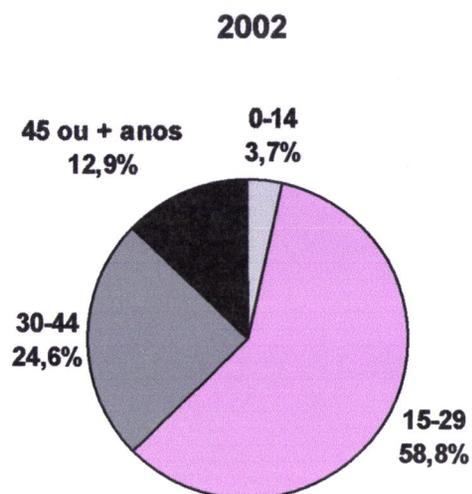


**Fonte: INE – Situação demográfica 2002.**

Dentro da Europa comunitária, entre os países de destino da emigração portuguesa salienta-se a França, a Suíça, a Espanha, bem como o Reino unido e o Canadá.

Em termos de envelhecimento demográfico interessa perceber em que faixa etária os emigrantes se situam, e pela análise do gráfico (17) verifica-se que a maior percentagem se encontra em idade activa.

**Gráfico 17 – Emigrantes por grupos etários.**

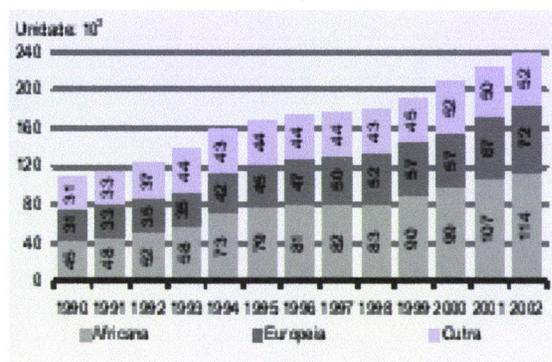


Fonte: INE – Situação demográfica 2002.

No que se refere à *imigração*, segundo o SEF (serviço de estrangeiros e Fronteiras), a população estrangeira com situação legalizada em Portugal no final de 2002, eleva-se a 238 746 cidadãos estrangeiros (32 738 do sexo masculino e 106 008 do sexo feminino).

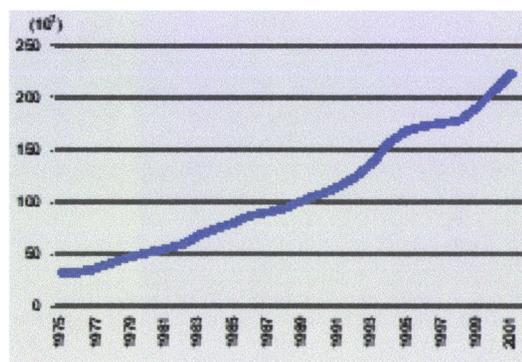
Quanto às regiões de origem, pode-se verificar pela análise dos gráficos (18 e 19) que, a grande maioria de estrangeiros, no período de 1975 a 2001, eram de *origem africana*, proporção que aumentou sempre nos anos noventa, representando em 2002 – 47,8% do total de estrangeiros residentes.

**Gráfico 18 – População estrangeira com Estatuto de residente-1990/2002.**



Fonte: INE – Situação demográfica 2002.

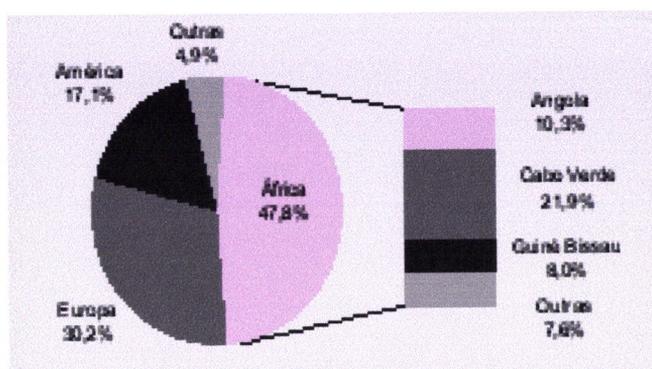
**Gráfico 19 – Evolução população Estrangeira com residência Legalizada-1975/2001.**



Fonte: INE.

No conjunto dos residentes estrangeiros do continente africano, os nacionais de Cabo Verde (21,9%) e de Angola (10,3%), foram os mais representativos

**Gráfico 20** – População estrangeira com estatuto legal de residente segundo a nacionalidade desde 2002.

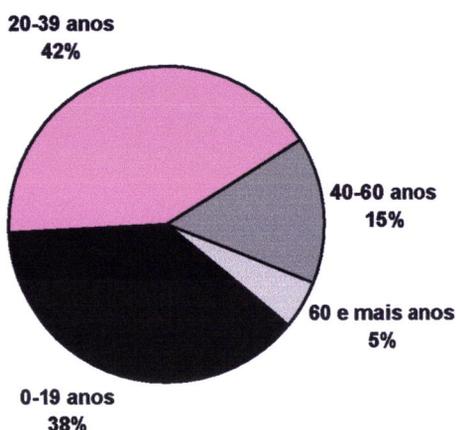


Fonte: INE.

No que se refere aos indivíduos estrangeiros a residir legalmente em Portugal, provenientes dos países da Europa, os do Reino Unido (6,7%) e os de Espanha (6,1%) assumem as posições mais importantes.

Da população estrangeira que solicitou estatuto de residente, 42% dos requerentes situam-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos.

**Gráfico 21** – População estrangeira que solicitou estatuto de residente, segundo a idade em 2002.



Fonte: INE.

Esta análise é importante de forma a avaliar o impacto da entrada de imigrantes na população Portuguesa, especificamente o possível efeito de atenuar o envelhecimento demográfico.

As migrações internacionais representam um papel importante no desenho da pirâmide de idades da população portuguesa. Como a estrutura etária dos imigrantes é geralmente mais jovem do que a da população de acolhimento, a entrada de imigrantes pode rejuvenescer a população, surgindo como um factor dinamizador da mesma.

Embora as populações de nacionalidade não portuguesa representem, ainda, uma magra fatia da população residente em Portugal a sua interferência no sistema demográfico português já assume alguma importância.

No entanto, não podemos esquecer que as populações imigrantes ao integrarem-se na sociedade (segundo a experiência de outros países) adoptam o comportamento perante a fecundidade da população de acolhimento, e por outro lado, os próprios imigrantes também envelhecem.

Quanto ao futuro, embora os movimentos migratórios sejam a componente mais volátil do sistema demográfico, a manutenção de um saldo migratório positivo pode contribuir para atenuar os sintomas do processo de envelhecimento, pois a manutenção da fecundidade a níveis inferiores ao da substituição de gerações parece irreversível. (Carrilho, 2002 e Rosa, 2004)

O número de imigrantes que chegaram à UE, em 2000 foi de 816.000, quase 100.000 mais do que em 1999.

Na sua maior parte procediam do norte de África, Turquia, Índia, Africa Subsahariana e dos Balcãs. Estima-se que cerca de 3 milhões de pessoas vivam clandestinamente na UE. Cerca meio milhão em França, 300 mil em Espanha, 235 mil em Itália e mais de 100 em Portugal. A partir de 2001, o número de imigrantes em toda a Europa ultrapassa todos os valores anteriores.

Desde a 2ª. Guerra Mundial (1939-1945) que a Alemanha se tornou no principal destino da imigração na Europa. Os seus 7,3 milhões imigrantes constituíam em 2001 cerca de 9% da população total. O principal grupo imigrante era originário da Turquia.

Em Portugal os imigrantes constituem cerca de 5% da população total e 11% da população activa. Portugal foi na União Europeia o país que sofreu a mais rápida e profunda alteração em termos migratórios. Em 2001 o número de imigrantes superou todas as expectativas, levando o governo a adoptar severas medidas de contenção dos fluxos migratórios.

**Quadro 12 – Imigração em Portugal (origem dos principais grupos de imigrantes).**

<b>Imigração em Portugal</b>				
<b>Origem dos principais grupos de imigrantes</b>				
<b>Ano</b>	<b>Totais</b>	<b>Africanos</b>	<b>Brasileiros</b>	<b>Leste da Europa</b>
2002	438.699	114.193	58.870	
2001	348.901	107.273	47.000	75.550
2000	223.602			
1999	191.143			
1998	178.137	82.466	19.860	
1997	175.263	81.717	19.990	
1996	172.912	81.176	20.082	
1995	168.316	79.231	19.901	
1994	157.073	72.630	18.612	
1993	136.932	58.395	16.168	
1992	123.612	52.148	14.158	
1991	113.978	47.728	12.678	
1990	107.767	45.245	11.413	
1989	101.011	42.773	10.520	
1988	94.694	40.497	9.333	
1987	89.778	38.960	7.830	
1986	86.982	35.238	7.470	
1985	79.594	34.929	6.804	
1984	73.365	31.933	6.316	
1983	67.484	29.237	5.870	
1982	58.674	25.835	5.016	
1981	54.414	24.886	4.349	
1980	50.750	25.394	3.608	

Fonte <http://imigrantes.no.sapo.pt/page3.html>

## **1.5- O ENVELHECIMENTO E A ESTRUTURA FAMILIAR**

As alterações nos padrões de nupcialidade, divorcialidade e da fecundidade, bem como o aumento da esperança de vida, com o conseqüente envelhecimento da população portuguesa, ajudam a compreender as mudanças registadas na dimensão, composição e

estrutura das famílias: aumento do número de famílias clássicas (para o qual contribuiu essencialmente o crescimento do número de famílias unipessoais, bem como dos núcleos mono parentais, particularmente de mães com filhos), redução da dimensão média da família, acréscimo das famílias com idosos, ou ainda, a emergência de um novo conceito censitário os “núcleos familiares reconstituídos”, entre outras.

Os indicadores demográficos, considerados como critério de comportamentos e práticas sociais face à família, prenunciam rupturas importantes com consequências directas sobre a estrutura das populações e indirectas sobre a economia, o direito, as relações entre as gerações e sobre o equilíbrio da sociedade em geral (Fernandes 1999).

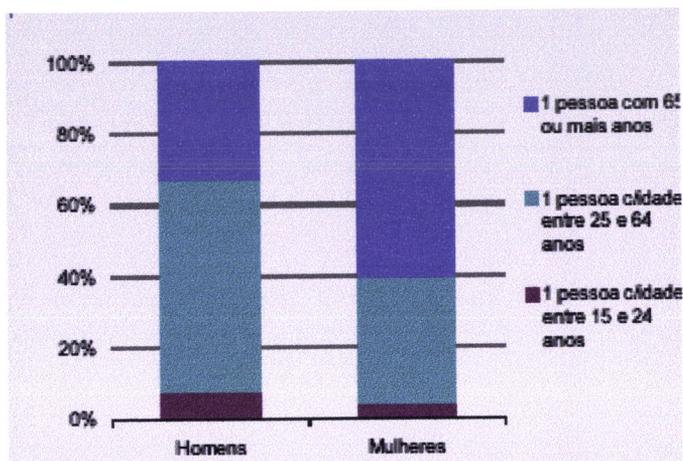
Em Portugal, a maioria das famílias clássicas não tem pessoas idosas (67,7% em 2001 e 69,2% em 1991).

Por outro lado, 14,9% daquelas famílias são constituídas por idosos e outros e 17,4% só por idosos (15,8% e 14,9%, respectivamente, em 1991). Pertencem às regiões autónomas as maiores proporções de famílias com idosos e outros (proporção no total de famílias clássicas por NUTS II), nos dois momentos censitários (18,2% nos Açores e 20,5% na Madeira, em 2001), e ao Alentejo e Centro as maiores proporções de famílias só com idosos, quer em 1991, quer em 2001 (26,6% e 21,7%), respectivamente naquelas regiões e em 2001), situação provavelmente associada ao envelhecimento mais acentuado das suas populações.

Em 2001, as famílias unipessoais representam, em Portugal, 17,3% do total de famílias (13,8% em 1991).

De 2001 a 1991, este tipo de família é o que regista o maior acréscimo (cerca de 45%). O aumento da proporção de famílias unipessoais ocorre em todas as regiões.

São sobretudo as mulheres que vivem em famílias unipessoais: 65,4% de mulheres, contra 34,6% de homens. Por outro lado, cerca de metade das famílias unipessoais são compostas por um idoso (50,8%), destacando-se de entre estas as famílias de uma idosa (39,5%, contra 11,3% famílias unipessoais de um idoso masculino).



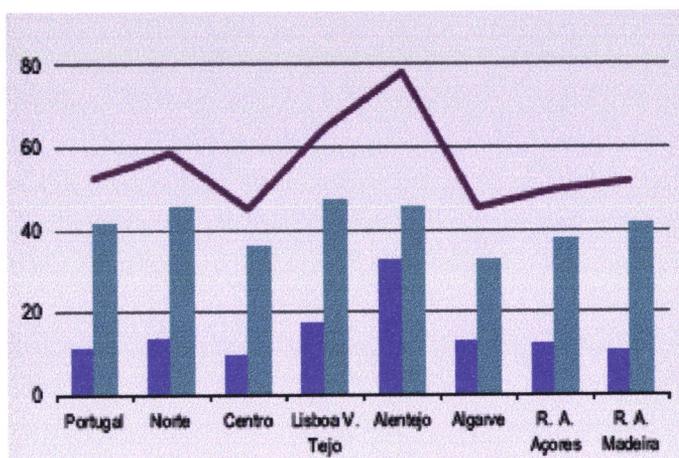
Fonte: INE Recenseamento (Censos 2001).

**Figura 2** – Distribuição percentual das famílias unipessoais segundo o escalão etário e sexo, Portugal, 2001.

Em 1991, as proporções de famílias unipessoais de idosos e, em concreto, de uma idosa são ligeiramente superiores: cerca de 56% das famílias são unipessoais, e destas, 43,4% são compostas por uma idosa e 12,1% por um idoso masculino.

A desagregação desta informação por NUTS II revela que pertence ao Alentejo a maior proporção de famílias unipessoais de idosos (78,1% das famílias unipessoais), seguido de Lisboa e Vale do Tejo (64,3%). No Centro, Algarve e nos Açores a proporção de famílias unipessoais de idosos é ligeiramente inferior, não atingindo os 50% (45,0%, 45,3% e 49,6%, respectivamente).

**Gráfico 22** – Famílias unipessoais de idosos por sexo (% no total de famílias unipessoais), Portugal e NUTS II, 2001.



Fonte: INE.

Em Portugal, e em todas as regiões, as proporções de famílias unipessoais de idosas são substancialmente superiores às de idosos (masculinos). Com exceção do Alentejo, em todas as NUTS II as proporções de famílias unipessoais de idosas duplicam ou mesmo triplicam o valor das famílias unipessoais de um idoso. O elevado celibato definitivo feminino e a sobremortalidade masculina são alguns factores explicativos das diferentes formas de vivência familiar por género.

No contexto sócio-económico, a família é também uma forma de aumentar as potencialidades da economia doméstica promovendo economias de escala na satisfação das necessidades de habitação e alimentação, para além do suporte psicológico nas situações de maior stress pessoal e social.

## 1.6- O ENVELHECIMENTO NO ALENTEJO

O Alentejo cuja nomenclatura estatística é NUTE II ocupa uma área total de 29% da área total de Portugal, mas segundo os resultados do último recenseamento Geral da População é a região com mais baixa densidade populacional, cerca de 20 habitantes por Km<sup>2</sup>, a mais baixa das regiões portuguesas.

O Alentejo é a região mais envelhecida de todo o território nacional, sendo que dos 776 585 indivíduos recenseados no Alentejo em 2001, 379 310 são homens e 397 275 são mulheres. Esta região registou um ligeiro decréscimo relativamente aos penúltimos Censos (-0,7%), mais acentuado entre a população feminina, registando a maior proporção de idosos: 22,3% e, simultaneamente, a mais baixa de jovens (13,7%).” Relativamente ao distrito de Évora, os censos 2001 indicam que temos 56 519 habitantes, tendo aumentado a população relativamente a 1991 (a variação positiva da população residente foi de 5,1 %). O único grupo etário que teve uma variação positiva foi o grupo dos “65 ou mais anos”, o grupo etário dos “0 a 14 anos” foi o que apresentou a maior variação negativa.

Um dos aspectos mais marcantes da demografia do distrito é o envelhecimento da população, o índice de envelhecimento (relação existente entre a população com 65 ou mais anos e a população com 0-14 anos) é actualmente de 197 idosos por cada 100 jovens, ou seja, o número de idosos a residir no concelho é aproximadamente o dobro dos jovens. Na educação é de salientar a elevada percentagem de analfabetismo – 12,5%, a qual tem no entanto evoluído positivamente, tendo existido uma quebra de cerca de 3 pontos percentuais de 1991 para 2001. Aspectos muito semelhantes à realidade do Alentejo, mas diferentes da realidade nacional, a qual se apresenta mais favorável.

Na actividade económica é de referir a taxa de desemprego, a qual à semelhança de 1991 continua a ser inferior à média regional, e relativamente à média nacional sofreu uma evolução negativa, apresentado uma taxa apesar de tudo próxima (6,8% em Portugal e 5,1% no distrito de Évora – censos 2001)

Na repartição da população por sectores de actividade verificou-se uma evolução favorável entre 1991 e 2001, taxas que estão actualmente mais próximas da média nacional, tendo-se verificado uma diminuição de cerca de 15 pontos percentuais da percentagem da população que trabalhava no sector primário e um aumento 17,9 pontos percentuais da percentagem da população que trabalhava no sector terciário. No quadro seguinte apresentam-se alguns indicadores de desenvolvimento no distrito, Alentejo e Portugal:

**Quadro 13 – Indicadores de desenvolvimento do Distrito, Alentejo e Portugal.**

Indicadores	Unidade	Concelho Évora		Alentejo		Portugal	
		1991	2001	1991	2001	1991	2001
Variação da População Residente	%	5,1		-0,7		5	
Densidade Populacional	Hab./km <sup>2</sup>	42,8	42,8	20,2	19,8	107,3	112
Taxa de Desemprego	%	6,7	5,1	9,2	8,4	6,1	6,8
Taxa de Actividade	%	46,6	49,5	42	45,4	44,6	48,2
Emprego no Sector Primário	%	31,2	16	23,2	12	10,8	5
Emprego no Sector Secundário	%	32,4	29,7	25,9	27,9	37,9	35,1
Emprego no Sector Terciário	%	36,4	54,3	50,8	60,1	51,3	59,9
Taxa de Analfabetismo	%	12,5	9,6	20,2	15,9	11	9

Fonte: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

Como refere o jornalista Rodrigues Guedes de Carvalho (2005) na rubrica “O País e o Mundo”:

*“Quase metade dos concelhos portugueses poderá estar a beira da morte social. Há um deserto de gente que morre devagarinho. Vilas e aldeias com velhos sentados na soleira, à espera de nada”.*

Por tudo o que foi dito anteriormente sabemos que o Alentejo é uma das regiões a que o autor se refere.

## **CAPÍTULO II**

### **COMO SE COLOCA A PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO NA REFORMA DOS ACTIVOS**

## **2.1– CONSIDERAÇÕES INTRODUTIVAS**

O problema, do envelhecimento da população resulta da diminuição da população activa e aumento do número de pensionistas, que por sua vez, induzem profundas alterações nesta área levantando a questão de como será o futuro. Entre elas, estão as questões com relevância como a idade da reforma, subsistência, qualidade de vida dos idosos, estatuto na sociedade, solidariedade intergeracional, a sustentabilidade do sistema social e de saúde e o próprio modelo social vigente (INE, 2002).

O sistema actual de Segurança Social em Portugal é fruto de uma longa evolução, motivada por uma contínua alteração da sociedade em si. Em 1984 é aprovada a Lei de Bases (no28/84 de 14/08/84) do sistema de Segurança Social existente nos nossos dias. A situação actual do Sistema, consequência da crise que se começou a sentir a partir de meados dos anos 70, é de grande apreensão, com um elevado número de reformados, devido em grande parte ao aumento da esperança de vida, menor taxa de mortalidade e de natalidade, uma preocupante relação reformado/activo e enormes custos em relação com os benefícios do Sistema de Segurança Social devido ao crescimento do número de Beneficiários e do nível de benefícios, o que um contexto generalizado de crise económica só dificulta na situação. Em Portugal, estamos perante um sistema de repartição, em que as pensões dos reformados são "pagas" pelos activos. O problema está em que, este tipo de sistema só funciona bem quando a relação entre o número de activos e de pensionistas é grande, o que na realidade não se verifica, vindo sucessivamente a diminuir, podendo levar a Segurança Social a uma situação de ruptura (Pereira 1996).

Pretende-se que este trabalho sirva como mais um ponte de partida para a discussão sobre a evolução dinâmica da sociedade e de que forma esta afecta uma área tão importante como é Segurança Social das pessoas.

Por outro lado as transformações que persistem atravessar a sociedade contemporânea fazem abanar o passado próximo que se encontra no final e provoca profundas implicações sociais. Uma, já mencionada, é justificada pela evidência do próprio envelhecimento social e por uma conjectura (demográfica, económica e social) em que

os jovens e os idosos passaram a ter uma taxa de actividade fraca, com a chegada cada vez mais tardia ao mercado de trabalho dos primeiros e um longo período de inactividade para os segundos. A outra evidência é a consequência da desestabilização da condição salarial e da lógica das competências que levam a reservar o emprego e as carreiras para os indivíduos dos 30 aos 50 anos, quando não é mais cedo. A etapa da juventude e formação é cada vez mais longa e a última etapa - a reforma e a inactividade que à pouco foi antecipada com um processo de pré reforma ou reformas antecipadas (Gauillier, 1999). É, talvez, a mais longa da existência dos indivíduos, vivida entre a antecipação precoce da idade de reforma e o adiamento da idade da velhice.

## **2.2- DEFINIÇÃO DE REFORMA**

No estudo da reforma o inverso da afirmação de Ilhéu também se aplica, quando refere que o problema da velhice não pode ser estudado isoladamente pois está intimamente ligado à reforma, também é verdade, não se pode abordar a temática da reforma sem falar da fase do ciclo da vida em que o indivíduo se encontra – a velhice.

Várias são as expressões associadas na definição de população idosa: terceira idade que conduz à ideia de consumo e tempos livres; 4ª idade que são os mais velhos dentro do grupo dos velhos e que é uma antecâmara da morte; os velhos identificados como precariedade, isolamento, exclusão; o ancião é expressão pouco utilizada e significa sabedoria, experiência e respeito e por último os **reformados** ligados à inactividade no trabalho. Assim a população idosa é definida pela idade cronológica e pela posição face ao trabalho (inactividade). Não é fácil definir velhice, depende da concepção de cada sociedade, corresponde a uma fase do ciclo da vida, que corresponde a um processo biológico com uma construção social específica, “conceptualizada culturalmente, socialmente construída e conjunturalmente definida” (Ilhéu, 1993).

Por de trás da definição de velhice estão expressas as relações sociais da época, a imagem social da velhice faz-se da decadência física e das capacidades intelectuais, ou seja do declínio da “improdutividade”.

A oposição jovem/idoso é uma das mais fortes representações sociais em desfavor da velhice uma vez que favorece e valoriza as capacidades dos jovens (força física, beleza alegria participação) e desvaloriza as capacidades dos idosos. É no entanto comum na definição formulada pelas diversas ciências: a deterioração do organismo originado por originado por o processo de envelhecimento estrutural e funcional e a não participação social (reforma). Posto isto, a velhice define-se como *“o estado em que uma pessoa que devido ao avanço na idade (idade cronológica) sofre uma usura/declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais e, conseqüentemente, uma diminuição da sua participação social”*.

Cada definição é válida naquele momento e no mesmo lugar fora disso é falsa.

A reforma não sendo uma negação da participação social dos indivíduos como defende a teoria do desligamento; por contrario pode originar novas formas de participação como defende as teorias da actividade e teoria dos papeis sociais.

Na realidade a reforma pode tomar dois rumos, apoiando uma ou outra teoria, pode ser a passagem dos indivíduos a uma situação de actividade profissional (teoria da actividade), ou para o direito de não trabalhar (teoria do desligamento).

Qualquer definição deixa de fora todos os que por uma ou outra razão nunca exerceram uma actividade profissional mas a quem é atribuída uma pensão e socialmente não deixam de ser classificados como idosos.

Mudança para melhor é uma das possibilidades que nos oferece o dicionário como significado da reforma. No entanto como refere Ana Gomes *“os preconceitos ligados ao envelhecimento e a desmedida exaltação de valores como a utilidade e a produtividade são terreno minado que muitas vezes, impedem que o tempo da aposentação seja vivido com alegria, sentido e naturalidade”*.

O afastamento da actividade profissional *“provoca alterações profundas na vida dos indivíduos”*, podendo criar condições ao isolamento. O modo como ele reage condiciona o seu processo de envelhecimento. A exclusão das funções de aquisição, produção, manutenção e transmissão de conhecimentos com mais necessidade de apoios

institucionais. Voltar a inserir-se socialmente pode desenvolver sentimentos de utilidade e participação.

Em síntese, a noção de reforma evoluiu ao longo do tempo de “repouso bem ganho” e emprego do tempo consagrado ao recreio, pois os reformados rapidamente se aperceberam que é difícil divertirem-se 24 sobre 24 horas, todos os dias durante cerca de vinte anos. Pensava-se que o reformado esgotado por os trabalhos pesados não tinha grande esperança de vida, mas hoje sabemos que isto não é verdade, que os reformados ainda têm anos de saúde. Por esse motivo os reformados procuram ocupar-se com outras coisas além das lúdicas. Começam por fazer exercício depois procuram actividades manuais (modelagem, pintura, tecelagem...), intelectuais como universidades, ou ainda actividades de voluntariado ou remuneradas e por fim podem mesmo retomar a actividade anterior.

Ao atingir a idade da reforma o indivíduo é visto por a sociedade pelo ponto de vista “*descartável*” é útil se trabalha, é inútil se não trabalha. Na verdade na tentativa de conceptualizar esta fase do ciclo da vida, Ilhéu cita as teorias de Havighurt. Segundo a **teoria da actividade** “*os idosos activos ajustam-se de melhor forma à sua condição de que os idosos inactivos*”. Esta teoria estabelece a relação entre a actividade e a satisfação pela vida, tal como na actualidade social atribui muita importância à produtividade e ao trabalho. Esta teoria deixa de fora no entanto os indivíduos que não tem capacidade para trabalhar como até então, devido a problemas de saúde ou por sua própria vontade.

A **teoria da continuidade** tem como principal pressuposto a “*ideia de que a personalidade e estilo de vida influencia a adaptação dos indivíduos à velhice. Sendo assim, as pessoas que na sua vida activa foram pouco sociáveis e concentradas apenas no trabalho, provavelmente não se tornarão mais activas após a reforma*”, por outro lado “*os que sempre foram mais activos e sociáveis terão mais capacidade de reorganizar a sua vida, desenvolvendo actividades semelhantes às do passado*”. É uma teoria preditiva e “pessimista” porque em função do passado prevê o futuro no entanto esquece a criatividade da velhice.

**A teoria do meio social**, defende que os comportamentos na velhice estão dependentes dos factores biológicos, sociais e económicos, variando da história e da posição do indivíduo nos valores de uma sociedade ou época. “A forma da vivência da velhice resulta de uma interdependência, personalidade e o meio que se divide no contexto individual e no contexto social. No contexto individual interferem factores como a saúde, recursos económicos e apoios sociais, no contexto social interferem expectativas ou mesmo normas de comportamento.

Existe ainda, uma teoria que nos acompanha ao longo do ciclo da vida - a **teoria dos papéis** - que tal como descreve Petter Berguer, nós somos actores sociais que desempenhamos ao longo da nossa existência, vários papéis em simultâneo em função do local onde nos encontramos. No trabalho temos um papel de desempenhar determinadas tarefas específicas., na família o papel de pai ou de mãe, irmão com papel determinado, na colectividade, no grupo de amigos, e no condómino. Cada papel se joga independentemente dos outros a soma é a personalidade. O que afecta a pessoa idosa é a perda de um ou mais dos seus diferentes. O primeiro papel que normalmente se perde é o de pai ou de mãe, as obrigações vão diminuindo, as responsabilidades moral e económicas perante os filhos desaparece fica só a afectiva.

O segundo papel abandonado, é a profissão, e segundo Maximilienne Levet para os assalariado a idade funciona como um cutelo cortando sem contemplações a organização do tempo, os recursos e as relações sociais. Também este de certo modo sublinha as ideias de Ilhéu, quando refere que a perda do papel profissional é acompanhado por alguns:

- Pela *“perda de outros papéis que com ele estavam articulados: sindical, social e políticos. O vazio social acentua-se. O tecido relacional fica furado, rasgado de alto a baixo: é a reforma”* (Maximilienne Levet, 1996).

O papel económico do reformado muda de carácter, evolui e concentra-se no consumo. O outro papel que desaparece “que dá coloração trágica ao fim da vida” é o de cônjuge. Com a sobremortalidade masculina, são as mulheres que vivem a sua reforma solitária.

## 2.3- O PERCURSO DA REFORMA

Os anos que se seguiram ao final da Segunda Guerra Mundial assistiram à emergência de uma nova classe social: os reformados. Esta parte da população não cessa de aumentar, por causa do alongamento do tempo da reforma. Em 1982, uma das reivindicações sindicais foi feita: a reforma aos 65 anos. Anteriormente, em 1977 tinham surgido as primeiras pré-reformas, aquando da crise económica; esta medida foi amplificada depois, na esperança de libertar empregos em proveito dos jovens desempregados em busca do primeiro emprego. Actualmente, há mais de um milhão de portugueses pensionistas. Com o contributo do aumento da longevidade, pode-se prever que uma pessoa na pré-reforma passará um terço da sua vida sem actividade profissional.

Dantes trabalhava-se, morria-se, era a lei habitual; viver sem trabalhar era um sonho inacessível antes de 1930. Antes do aparecimento das reformas ter muitos filhos era considerado como o único meio de assegurar os últimos tempos de vida. Os filhos eram a “bengala da velhice”, segundo a expressão da época, contava-se com a piedade filial para não envelhecer na penúria, piedade essa reforçada pela lei que tornava-se e ainda torna obrigatório o encargo pelos filhos, dos pais idosos que sejam necessitados (Levet, 1998).

Depois da libertação, a instituição da Segurança social permite alargar o sistema de seguros pela repartição, posta a funcionar em França e poucos anos depois em Portugal.

De familiar a “bengala da velhice tornou-se social. Inicialmente muitos não eram abrangidos por este benefício, foi só com a lei de 24 de Dezembro de 1974 que a Segurança Social se tornou obrigatória para todos, presente por um lado anunciava a crise pelo outro.

Sendo a conquista de um repouso bem merecido por toda uma vida de trabalho, a reforma intervém no momento em que a aceleração das mudanças tecnológicas torna desnecessários a maior parte dos conhecimentos dos trabalhadores idosos. ” *Fixar numa*

*idade arbitrariamente determinada a paragem de toda a actividade produtiva, não faz senão mascarar, sob o pretexto da natureza (a fadiga devido à idade) o que é um facto cultural”.*

O indivíduo é assim posto para fora do circuito e, na lógica fundada sobre a produção, não é reconhecido quem já não é produtor. O seu capital pertence ao passado. Possui o que pôde salvaguardar como recursos físicos, o que pôde juntar como recursos intelectuais e culturais, e enfim o que lhe pode restar como recursos afectivos (cônjuge, filhos, amigos...).

## **2.4- ALTERAÇÕES NO QUOTIDIANO DO INDIVÍDUO APÓS A REFORMA**

A instauração dos sistemas das reformas e de todos os outros sistemas de segurança surgem em todos os países industrializados desde o século XIX, e consistem essencialmente na transferência para mecanismos despersonalizados e burocráticos do processo de redistribuição e encargo que anteriormente era da responsabilidade da família ou particulares, mas no contexto da vida privada. As obrigações decorrentes de pessoa a instâncias das personalizadas e burocráticas em que as relações entre agentes se operam de forma anónima ignorando mutuamente as suas existências. Da nova gestão dos problemas demográficos surge a velhice e o envelhecimento demográfico, os conflitos e interacções se reduzem-se a confrontações entre responsáveis político administrativas e especialistas de instituições. A evolução das relações entre gerações na família é mediatizada porque se designa como política social.

A reforma como componente social da velhice, segundo Anne Marie Guillemord (1987:21) tem duplo significado:

-Por um lado representa o afastamento do circuito de produção em que o indivíduo;

-Por outro o afastamento oferece o direito a repouso remunerado “ a reforma assegura a garantia contra a miséria, ela institucionaliza a perda de capacidades dos velhos trabalhadores e da sua desvalorização”.

A vida roda em torno de dois mundos, o familiar e o laboral, nos quais se desenrolam os principais desempenhos e ao deixar o primeiro só o segundo pode assegurar o equilíbrio social e pessoal. O afastamento da actividade laboral representa perda relativamente a um desempenho profissional as relações daí decorrentes. Os papéis sociais dentro da vida familiar adquirem, por isso, outra importância num contexto de reforma.

As consequências deste afastamento, são um “vazio social” criado pela perda do estatuto profissional provocado por uma “perturbação do equilíbrio psíquico que necessita uma nova estruturação da personalidade, a busca de novo centro de gravidade, de uma nova ancoragem” (Levet, 1996).

Orientada por os “*valores materiais*” a sociedade deixa de prestar atenção aos *idosos como produtores para os olhar como consumidores* (com tempos livres e medicamentos).

A passagem à reforma implica uma redução na remuneração habitual e consequentemente a redução do “*acesso a bens e serviços*” que tinha anteriormente. A possibilidade de não aceder a esses recursos pode afectar a vida do indivíduo e influenciar o seu processo de envelhecimento.

A saída do ambiente de trabalho “*corta/atenua*” as relações sociais com os seus parceiros profissionais e com as amizades criadas no meio laboral. Tudo depende da distância entre a zona que habita e o local de trabalho, quanto maior a distancia maior é o afastamento. Esta dificuldade pode ser atenuada por o renascer de novas ligações ou pode mesmo não se verificar porque “*os companheiros de trabalho são os do quotidiano*”.

Na família também há alterações, o afastamento precoce dos filhos pelos estudos, trabalho ou necessidade de emancipação que pode levar a condições de isolamento, especialmente das mulheres devido a sobremortalidade masculina.

A reforma também pode levar a alterações conjugais na medida em que o casal está mais tempo junto, levando a uma maior distribuição das tarefas, sem perder a noção de papéis masculinos e femininos (assuntos relacionados com limpeza da casa e confecção

das refeições são da mulher e com assuntos administrativo são da responsabilidade do homem). O maior tempo de convívio leva a modificação de hábitos, o homem invade o espaço doméstico.

Registam-se mudanças no estatuto do indivíduo resultante da nossa sociedade atribuir mais valor a actividade do que a inactividade, considerando a inactividade dos jovens como um investimento e a inactividade das pessoas idosas como despesas. Quem sai do grupo activo tende a desvalorizar-se socialmente, conduzindo a uma diminuição da autoconfiança e da auto-estima que se revela na vida do indivíduo (na higiene, vestuário, alimentação, saúde e participação social).

A situação da reforma promove a acentuação das relações familiares ou o isolamento. Para Parson a transformação do papel do idoso na sociedade industrial afecta a posição destes dentro da família. A industrialização desintegrou a família patriarcal fundada num sistema vertical. A família ficou reduzida à unidade conjugal cuja constituição implica rotura com a família de origem (Fernandes, 2001).

Embora a aposentadoria já existisse pontualmente desde o século XVIII, como uma forma de protecção do trabalhador idoso, apenas recentemente no início do século XX se transformou num direito adquirido.

Durante muito tempo, os sindicatos procuravam proteger o trabalho dos velhos com a garantia da oportunidade de trabalho independentemente da idade. Essa postura segundo Evelyn Márcia (1999), está intimamente relacionada com a ética calvinista segundo a qual o trabalho é um componente da dignidade humana. Com a pressão crescente por mais vagas nas empresas, por inovação constante, uma nova ideologia se desenvolveu, de tal forma que o numero de reformas voluntárias têm crescido de ano para ano, e constituem um fantasma para os grandes fundos de pensão que temem o momento em que haverá maior numero de beneficiários do que descontos.

Segundo o mesmo autor observou-se em muitas pesquisas que para muitas pessoas a reforma tão sonhada, não correspondia às suas expectativas. Na realidade, com a reforma muitas pessoas passavam a sofrer do que se convencionou chamar “morte social”. Estamos a construir um modelo social dominante de rejuvenescimento das

peças nas elites urbanas, enquanto caminhamos para um modelo de morte social, pelo isolamento, nas camadas médias. Os programas de integração com o apelo à terceira idade, são nada mais do que estratégias de segregação e de alienação do idoso em relação à sua verdadeira condição (Evelyn Márcia, 1999).

A reforma é vivenciada como um momento de crise na vida de todos os idosos. No entanto, as vivências associadas à reforma e ao modo como este momento de crise é resolvido é muito diferente entre os idosos. Para uns a reforma revela uma perda de sentido da vida, é a passagem para um vazio, porque toda a sua identidade está ligada ao trabalho, “revemos o passado e não numa projecção no futuro”. Há uma ruptura na sua continuidade histórica, pela ruptura no seu projecto existencial, ligado à produtividade, apresentando estado de tristeza e desânimo (Lima, Teixeira, Sequeira, 1996).

É assombroso como a sociedade critica a incapacidade do sistema face ao envelhecimento e aos seus custos e por outro lado antecipa a idade da reforma e aumenta o número de pensionistas.

Para outros a reforma é a possibilidade de renovação e continuidade da vida, de reformular um projecto. É importante ter um objectivo no dia a dia, porque lhe permite refazer planos. A reforma pode não ser o sinónimo de velhice e ou de fim de vida, ela pode ser o início de outro modo de vida, de acordo com a perspectiva de Rapkin e Fischer (1990), em continuidade com a vida anterior.

Há numerosos postos de trabalho compatíveis com as capacidades das pessoas idosas. Poderiam haver mais postos de trabalho se fossem tomadas medidas simples nomeadamente nos horários de trabalho (Bize e Vallier).

Alguns destes problemas podem ser atenuados através da preparação para a reforma, de uma valorização social dos inactivos e de uma mudança de papéis atribuídos ao reformado - valorização da utilidade social e não exclusivamente da utilidade económica.

Há uma “*idade flexível*”, que antecede o fim da carreira num processo de pré-reforma. Este período de 10 ou 15 anos, a que Gaullier designou por “*decénio de transição*”, é

um período que evidência, por um lado, um processo constante de (re)construção identitária e, por outro lado, a possibilidade de preparação de um caminho de reestruturação de trajectórias de vida dos indivíduos, a vários níveis. Nesta nova idade, que decorre entre a idade adulta média e a designada 3ª idade ganha sentido a (re)criação dos “*modos de vida*” através de estratégias identitárias e de projectos, como o da prática de uma *segunda actividade* de carácter assalariado ou benévola, tanto mais que aqueles indivíduos tem como referência simbólica - o trabalho - gozam de boa saúde e ainda estão na “*força da vida*”. É, para Gaullier (1999), a idade “pivot” na medida em que é igualmente chamada a intervir no apoio (económico ou afectivo) a familiares que se encontram na 3ª e 4ª idade (esta designada para os que detêm maior longevidade) e o apoio aos descendentes que pode ir até duas gerações (filhos e netos). Do mesmo modo o aumento da esperança de vida faz com que haja mais anos entre a reforma e a morte, que precisam ser ocupados (com outra carreira profissional; ou actividade de voluntariados ligados ou não actividade profissional exercida; actividades de tempo livre). Se a educação tem a função lactente de atrasar a entrada dos indivíduos na vida activa; a reforma parece ter outra função lactente de subida contaria, fazer sair os mais cedo possíveis os indivíduos activos para uma situação de inactividade, criando mais possibilidades de entrada a jovens no mercado de trabalho.

Ambas as situações (atrasar ou adiantar a idade da reforma) exigem a sociedade um esforço quantitativo (custos) e qualitativo (manutenção e inserção dos reformados na vida social).

No entanto isso não impede que depois de retirar do mundo dos activos, muitos podem continuar a desenvolver uma actividade profissional, mesmo parcial com o objectivo de aumentar os recursos económicos mas também para se sentirem realizados socialmente.

*“A idade da reforma ...possibilita, em alguns indivíduos o inicio de uma segunda vida profissional, culturalmente, voltando a ter vós nas funções de que foi excluído”* (Ilhéu, 1993).

## **2.5- PENSÕES E DIREITO À SEGURANÇA SOCIAL**

Quanto as pensões de reforma e o direito a condições de vida dignas sabemos que as condições de condições de vida da população idosa dependem largamente do nível de reformas. O principal meio de vida da população com 65 e mais anos são as pensões (85%). Vemos assim o papel decisivo da segurança social na determinação do nível de vida de uma parte importante e crescente da população, devido ao processo de envelhecimento.

Nem sempre foi assim. O facto de hoje se verificar que, na generalidade dos países da Comunidade Europeia, os idosos têm um nível de vida substancialmente melhorado em relação ao passado foi uma conquista histórica pela qual se bateram sucessivas gerações, na qual o movimento sindical teve um papel decisivo. Em muitos países, o desenvolvimento da segurança social só se alcança após a 2ª Guerra Mundial. Em Portugal esse desenvolvimento foi ainda mais tardio, pois os progressos decisivos só se dão com o 25 de Abril.

A melhoria das condições de vida dos idosos é determinado pelo direito à segurança social e por valores das pensões que não se afastem substancialmente dos valores que os reformados recebiam enquanto trabalhadores. O nosso país tem uma situação paradoxal porque apresenta, ao mesmo tempo, um nível muito baixo de pensões de reforma e um cálculo de pensões favorável face a muitos dos países europeus (CGTP-IN, 1999).

Esta situação é devida a factores como: o desenvolvimento tardio da segurança social que impediram que muitos dos actuais reformados tivessem carreiras longas que permitissem pensões mais elevadas; ao baixo nível de salários; o desconto sobre remunerações convencionais de muito baixo montante a fenómenos de fuga à segurança social e de sub declaração de remunerações; a baixos valores das pensões mínimas.

Uma parte dos reformados vive assim com pensões mínimas muito baixas, sabendo-se que a pensão mínima do regime geral representa pouco mais de metade do salário mínimo nacional. Compreende-se assim que Portugal seja o país comunitário onde o baixo nível de pensões torna uma parte considerável dos idosos mais vulneráveis à pobreza.

Mas, não se pode concluir, como hoje faz o capital financeiro, que as pensões resultem do próprio direito à segurança social. O cálculo das pensões não é mais desfavorável no regime contributivo que na generalidade dos países europeus, pelo contrário. Um beneficiário com a pensão completa (40 anos de contribuições) tem direito a 80% de um salário de referência, que está próximo do último salário, por via da correcção da inflação na fórmula de cálculo. A vinculação à segurança social, o direito ao emprego e à sua estabilidade é pois os factores decisivos, porque criam as condições para carreiras contributivas longas que, por sua vez, asseguram uma elevada taxa de substituição do salário.

A organização sindical e nacional de reformados CGTP-IN contestou os critérios de actualização das pensões de reforma dos últimos anos. Segundo a referida organização o Governo em nome de princípios de selectividade procedeu a aumentos que não garantiram o aumento do poder de compra, nem sequer a manutenção do valor real, de todas as pensões. Não é contra uma maior actualização das pensões de menor montante, mas entende que não é defensável que, em nome deste princípio, se reduzam as pensões de trabalhadores que, na esmagadora maioria dos casos, têm pensões de montante mais elevado porque contribuíram mais para a segurança social. Estes trabalhadores são credores de um maior esforço de solidariedade, pelo que penalizá-los constitui uma profunda injustiça social.

O Governo modificou também, no ano de 1997, o critério de na actualização das pensões, passando a considerar a inflação esperada e não a inflação verificada no ano. Trata-se de um critério muito mais inseguro e politicamente manipulável na opinião da CGTP, porque depende do próprio interesse governamental em fixar expectativas baixas de inflação junto da população e dos agentes económicos.

**Os trabalhadores da Função Pública** sempre dispuseram de um regime específico de protecção social. Este regime tem de ser enquadrado em termos mais gerais, pois os aspectos mais avançados não se podem dissociar de um estatuto jurídico-laboral específico, que em muitos aspectos é mais restritivo que o do sector privado.

A Lei de Bases de 1984 previu a integração na segurança social a ser feita de um modo gradual e salvaguardando as disposições mais favoráveis, que correspondem a direitos

adquiridos dos trabalhadores. Embora o sentido de integração não seja claro, foram desenvolvidas diversas formas de articulação com o regime contributivo de segurança social e de aproximação, e mesmo de regulação comum, em diversas prestações.

No entanto, com o decorrer do tempo acentuou-se, ao nível dos governos, uma perspectiva integradora reducionista que põe em causa os direitos que a Lei de Bases visou salvaguardar. Esta perspectiva tem sido alimentada pela apresentação de uma situação financeira catastrófica da Caixa Geral de Aposentações e na vinculação da ideia junto da opinião pública de privilégios da função pública face aos restantes trabalhadores. Assim, a legislação de 1993 sobre as pensões de reforma estabeleceu que os funcionários públicos admitidos depois de Outubro deste ano teriam o mesmo modo de cálculo das pensões de reforma do regime geral.

A análise e as propostas feitas pela Comissão do Livro Branco da Segurança Social (grupo maioritário) marcam uma nova fase nesta cruzada contra o direito de protecção social dos funcionários públicos. Argumenta-se que as pensões médias de aposentação são 3,5 a 4 vezes superiores às do regime da segurança social sem ter em conta aspectos tão importantes como seja o facto de que as carreiras contributivas serem muito mais longas na Função Pública. A evolução financeira da CGA é apresentada de modo catastrófico sem procurar saber qual a responsabilidade dum sistema de financiamento em que a parte patronal (o Estado) não contribui regularmente, através de contribuições, como o faz os outros empregadores.

É este o pano de fundo para as propostas de redução de direitos dirigidas às pensões de aposentação, como sejam:

- a) Aumento do tempo de subscritor de 5 para 10 anos;
- b) Revogar o regime de aposentações antecipadas. A pensão por inteiro só poderá ser obtida com 40 anos de contribuições;
- c) Rever a fórmula de cálculo aproximando-a do regime geral;
- d) Por um tecto no valor das pensões.

Recomenda-se ainda o aumento dos descontos dos trabalhadores para a CGA para 12%.

A CGTP-IN/Inter-Reformados defende os seguintes princípios e reivindicações:

- A consideração da segurança social dos trabalhadores da Função Pública como um regime integrado na segurança social, o que não significa, antes pressupõe, a manutenção de direitos adquiridos e a consideração de especificidades inerentes ao serviço público;

- A revisão do modo de financiamento deste regime, o que exige que o Estado enquanto empregador pague contribuições, de forma a garantir a sustentabilidade do regime.

No que diz respeito, as reformas antecipadas e a idade de reforma, a saída precoce do mercado de trabalho tem-se vindo a intensificar, recorrendo a vias como a rescisão de contratos de trabalho com pagamentos a indemnizações; o recurso ao subsídio de desemprego articulado com as reformas antecipadas; pré-reformas; etc. Criou-se primeiro a barreira dos 55 anos como idade de referência para a antecipação, idade que, nalgumas empresas, atinge mesmo trabalhadores na casa dos 40 anos.

Esta tendência acentuou-se com as reestruturações efectuadas, invocando as empresas razões como: a necessidade de "racionalizações" devido a uma maior concorrência internacional, à criação da moeda única e à incapacidade de reconversão profissional dos trabalhadores, etc. As políticas de rejuvenescimento dos quadros de pessoal fortemente baseadas em preconceitos sobre a produtividade dos trabalhadores de mais idade constituem hoje, porventura, o principal factor de discriminação. Postos perante a ameaça do desemprego, o trabalhador facilmente aceita esquemas de reformas antecipadas, que muitas das vezes são autêntica burlas.

Esta situação, aliada a factores como a penosidade do trabalho, a entrada precoce no emprego de muitos dos actuais trabalhadores, a falta de formação de base, o desenvolvimento de trabalhos de recurso tipo biscates, a ausência de criação suficiente de empregos, a facilitação pela segurança social da saída antecipada, etc - explica porque hoje tantos trabalhadores aceitem as reformas antecipadas.

No entanto, esta saída antecipada tem pesadas consequências sociais: discrimina os trabalhadores mais idosos exactamente quando têm menores possibilidades de reinserção no mercado de emprego; não permite uma adequada pressão social para

verdadeiras soluções que estão na criação de emprego, mas também no desenvolvimento da formação e na adequação dos empregos à idade; põe em causa a sustentabilidade financeira da segurança social; fomenta a desregulamentação do trabalho.

Esta situação é agravada com o processo de envelhecimento da população, que é em si mesmo positivo porque a duração de vida aumenta. Por isso, são necessárias mudanças na sociedade sobre a concepção do trabalho e a idade de reforma. A necessidade de adaptação dos empregos aos trabalhadores mais idosos tem actualmente uma maior acuidade social.

Neste quadro, importa modificar a política sobre a idade de reforma. A reforma é vivida diferentemente pelos trabalhadores de acordo com a natureza do trabalho (penosidade, grau de autonomia e de criatividade, etc). Em muitos casos, a reforma é intensamente desejada. Noutros, significa a "morte social". É, por isso, necessário considerar estes vários aspectos dando maior liberdade ao trabalhador quanto à sua passagem à reforma.

A CGTP-IN/Inter-Reformados defende os seguintes princípios e reivindicações:

- ❖ A adaptação do trabalho às condições físicas e psíquicas dos trabalhadores de idade mais avançada;
- ❖ A saída do mercado de emprego não deve ser brutal, podendo o trabalhador optar pela redução progressiva da actividade;
- ❖ Os trabalhadores com profissões de rápido desgaste físico e psíquico devem poder beneficiar de esquemas de antecipação da idade legal de reforma, situações que já hoje se verificam em relação a algumas profissões em resultado da acção sindical;
- ❖ A possibilidade de o trabalhador poder requerer a passagem à reforma desde que tenha completa a carreira contributiva;
- ❖ Ao atingir a idade de reforma o trabalhador não deve ser obrigado a cessar a actividade profissional, podendo continuar a trabalhar, se considerar que tem condições físicas e psíquicas para o fazer, devendo, neste caso, a pensão ser melhorada;
- ❖ A possibilidade de saída antecipada do mercado de trabalho em condições que tenham em conta a duração da carreira contributiva, a idade e a possibilidade de redução da reforma a atribuir em condições a negociar com o Governo;

❖ A revogação das disposições legais que permitem a conversão de contratos permanentes em contratos a prazo por consideração da idade do trabalhador e a luta contra o alargamento desta disposição à idade legal de reforma.

Quanto as pensões por acidentes de trabalho e doença profissional, a reparação dos acidentes de trabalho nunca foi integrada na segurança social, ao contrário do que acontece na generalidade dos países europeus e ao contrário também, no nosso país, veio a ocorrer com a reparação das doenças profissionais. A Lei de Bases de 1984 previu a integração, segundo um plano a estabelecer, mas tal disposição nunca foi cumprida. Mantém-se assim um sistema privado em que a responsabilidade dos empregadores é transferida para companhias de seguros.

A legislação da reparação dos acidentes de trabalho vigora desde há 30 anos quase sem alterações, estando hoje fortemente desactualizada. Esta desactualização abrange matérias como a definição do acidente de trabalho, o cálculo e a revisão das pensões, a remição das pensões e a natureza do dano reparável. As pensões recebidas pelos sinistrados do trabalho são muito baixas. Os aspectos mais negativos respeitam: à existência de pensões que nunca foram actualizadas; ao facto de que um trabalhador vítima de uma incapacidade permanente parcial apenas pode receber uma pensão correspondente a 2/3 do seu grau de incapacidade; ao cálculo da retribuição de base onde apenas se considera uma determinada percentagem para além do salário mínimo nacional; a apenas se repararem os danos emergentes do trabalho, esquecendo outros como os danos morais.

Está em curso um processo de reforma da segurança social, tendo o Governo decidido constituir uma Comissão do Livro Branco da Segurança Social à qual compete fazer o diagnóstico e apresentar alternativas e medidas concretas.

Trata-se de um processo que pretende a privatização das pensões de reforma. Uma parte dos membros da Comissão têm vindo a defender medidas que limitam o direito à segurança social com o objectivo mas de criar um mercado para os produtos da banca e dos seguros. As medidas propostas conduziram mesmo a cisões dentro da Comissão com a apresentação de propostas alternativas por alguns membros dos seus membros.

As propostas da Comissão do Livro Branco (posição maioritária) correspondem ao mais sério ataque (atendendo a que se trata de uma comissão criada pelo Governo) que depois do 25 de Abril foi feito contra o direito de segurança social. A sua linha essencial é a da privatização parcial das pensões de velhice. O nível das pensões assegurado pela segurança social seria reduzido e seria obrigatória a constituição de uma segunda pensão, cujos valores dependeriam da aplicação de uma parte das contribuições em aplicações financeiras. A Comissão aponta ainda para um largo conjunto de medidas, nas quais se destacam:

- ❖ O aumento do prazo de garantia das pensões de velhice (de 15 para 25 anos); medidas drásticas quanto às pensões de aposentação na Administração Pública;
- ❖ A tributação de prestações, como sejam as de doença e de desemprego, e uma maior tributação das pensões de reforma;
- ❖ A redução das pensões pagas pelo Estado para trabalhadores cujo salário é igual ou superior a 5 salários mínimos.

A criação de uma segunda pensão, obrigatória e sujeita a regime de capitalização, constitui a proposta mais marcante da Comissão (grupo maioritário). Para este efeito, pretende-se instituir um limite contributivo (plafond) cujo valor se situará entre 1 e 5 salários mínimos. A partir do limite estabelecido os trabalhadores constituem uma conta individual em regime de capitalização. Estas contas serão geridas pela segurança social ou, havendo a vontade expressa do trabalhador, por entidades privadas ou do sector social, por exemplo as mutualidades. A segunda pensão é de carácter obrigatório, sendo invocado que se assim não for as pessoas poderão não constituir um capital para a sua velhice. O novo regime aplicar-se-á a pessoas até aos 50 anos de idade no pressuposto de que o período de 15 anos que falta para a idade normal de reforma é um período mínimo para a constituição de um capital para a velhice, que acresce á reforma da segurança social.

A CGTP-IN sempre se bateu contra tal medida, considerando designadamente: a redução da solidariedade já que os trabalhadores com salários mais elevados pagariam menos para a segurança social; a perda de receitas para o sistema; os efeitos indesejáveis sobre o emprego, por exemplo o estímulo às horas extraordinárias.

A segunda pensão vai determinar uma quebra da pensão assegurada pela segurança social para os trabalhadores com salários médios e altos, isto é os rendimentos acima do tecto desenvolvê-lo, a moraliza-lo contra utilizações abusiva feita pelo patronato e a garantir a sua sustentabilidade financeira para que as gerações actuais e futuras não encarem o futuro com ansiedade. Foi nesta perspectiva que a CGTP-IN debateu e aprovou no seu Congresso um documento sobre a reforma da segurança social (Parâmetros para a Reforma da Segurança Social em Maio de 1996).

O estudo de investigação feito por Eugénia Rosa, utilizando dados oficiais, mostra que, de acordo com cálculos feitos com base em dados publicados nos Relatórios e Contas da Caixa Geral de Aposentações (CGA), se o Estado e as restantes entidades empregadoras públicas tivessem contribuído para a CGA com a mesma percentagem que os empregadores privados são obrigados a contribuir para o Regime Geral da Segurança Social – 23,75% das remunerações que pagam – O Estado e as restantes entidades teriam pago à CGA, só nos últimos 11 anos (1993-2003), mais 7.507 milhões de euros (1.500 milhões de contos) do que pagaram a preços correntes, porque se fosse a preços actuais essa “dívida “ atingia já cerca de 9.132 milhões de euros (1.830 milhões de contos). Esta elevada importância se tivesse sido entregue à CGA nos anos a que diz respeito, teria permitido a criação e o financiamento de um Fundo de Capitalização que, convenientemente gerido, teria acumulado reservas suficientes para pagar uma parte substancial das aposentações dos trabalhadores da função pública abrangidos pelo sistema antigo (anterior a 1993). E aquele valor refere-se apenas aos últimos 11 anos, porque se tivéssemos feito o cálculo para todo períodos desde que foi criada a CGA os valores seriam muito maiores (ROSA, 2004).

De acordo com o Decreto-Lei nº 286/93, todos os trabalhadores que entraram para a função pública depois de 1 de Setembro de 1993, quando se reformarem a sua pensão será calculada da mesma forma como é calculada para os restantes trabalhadores portugueses. Neste momento já 45% dos trabalhadores inscritos na CGA (cerca de 350.000) estão nessas condições, por isso quando se reformarem a sua pensão será calculada da mesma forma como é calculada a pensão dos trabalhadores do sector privado. Para além disso, prevê-se que daqui a 12 anos a totalidade dos trabalhadores inscritos na CGA, quando se reformarem também as suas pensões de reforma serão calculadas da mesma forma como são calculadas a dos restantes trabalhadores

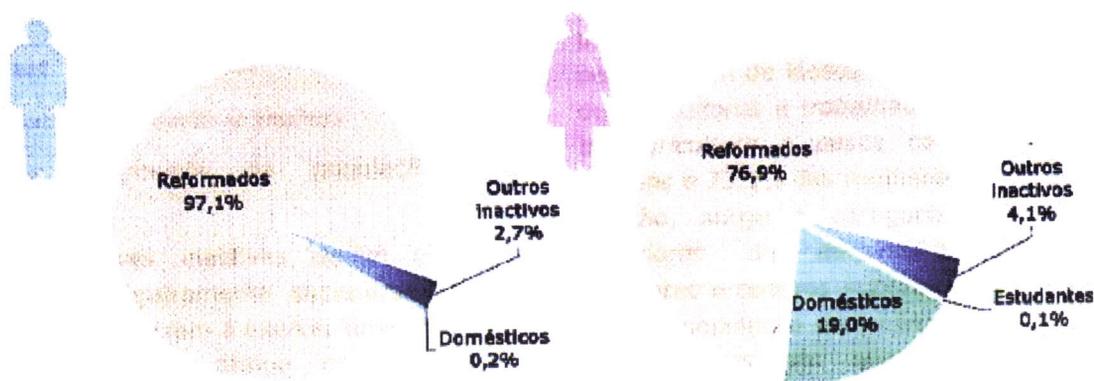
portugueses abrangidos pelo Regime Geral da Segurança Social. E mesmo os trabalhadores abrangidos pelo regime antigo quando se reformam agora já não recebem a remuneração por inteiro. Portanto, contrariamente ao que muitas vezes se afirma ou pretende fazer crer o sistema actual de segurança social dos trabalhadores da função pública não está a criar um fosso entre eles e os restantes trabalhadores; muito pelo contrário, até está a reduzir as diferenças herdadas do passado.

Segundo dados oficiais da Segurança Social e da CGA, em 2003, a carreira contributiva média dos reformados do Regime Geral da Segurança Social (número de anos de descontos) era apenas de 17 anos, enquanto a carreira contributiva média dos trabalhadores da função pública que se aposentaram era superior a 34 anos, ou seja, a dos primeiros era cerca de metade da carreira dos trabalhadores da função pública. Para além disso, em 2003, cada trabalhador da função pública descontou em média por ano para a CGA cerca de 1.800 euros, enquanto o desconto médio anual para o Regime Geral da Segurança Social foi apenas de 800 euros, ou seja, menos de metade do verificado na função pública. Só estes factores seriam suficientes, em qualquer sistema de segurança social, para explicar uma parte significativa da diferença verificada entre a pensão média do Regime Geral da Segurança Social e o valor da aposentação média dos trabalhadores da função pública. Portanto, a diferença que se verifica entre os valores de pensões pagas pelos dois sistemas – Regime Geral e CGA – não é apenas determinado porque o sistema antigo da função pública era mais vantajoso como se pretende fazer crer, mas é também uma consequência de diferentes carreiras contributivas e de valores de descontos diferentes, o que é sistematicamente esquecido por todos aqueles que atacam o sistema de segurança social dos trabalhadores da função pública.

## 2.6- ESTATÍSTICA DOS ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DOS REFORMADOS EM PORTUGAL

Os resultados do inquérito ao emprego de 2001 revelam que a maioria da população idosa era inactiva (81%), representando cerca de 74% na população masculina e 86% na feminina.

Os reformados constituem a parte mais importante desta população: 97,1% nos homens e 76,9% nas mulheres. É na categoria de domésticos que a diferença entre os sexos é mais visível (19,0% do sexo feminino e 0,2% do sexo masculino).



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego.

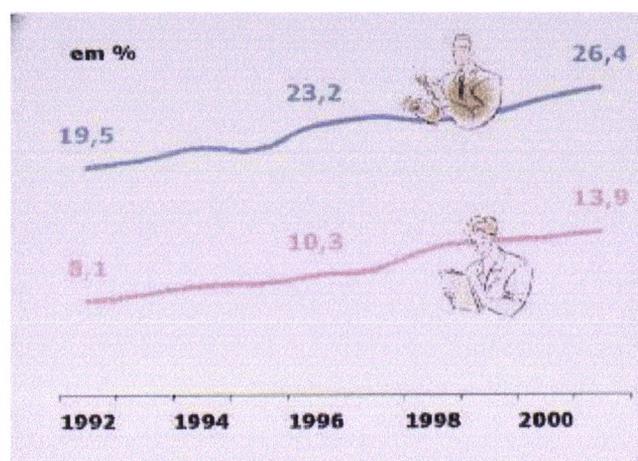
**Figura 3** – Estrutura da População idosa inactiva, segundo o sexo, Portugal 2001.

As diferenças entre os dois sexos não surpreendem pois as mulheres idosas pertencem a uma geração a qual o exercício da actividade económica era quase exclusivamente da responsabilidade do sexo masculino. Curiosamente as mulheres inactivas tem um nível de instrução superior ao das que se encontram a exercer uma actividade, o mesmo acontece na população masculina.

Ainda o mesmo inquérito apresenta 291,3 mil indivíduos activos com 65 e mais anos, dos quais 56,8 são do sexo masculino e 43,2% são do feminino.

Na categoria dos activos com 65 e mais anos, a maioria encontra-se na situação de emprego, sendo o número de desempregado pouco significativo nestas idades.

Em estudos anteriores do INE (1999), foi demonstrado que a idade de saída do mercado é diferente entre homens e mulheres. São as mulheres que iniciam o processo de entrada na reforma no grupo dos 45-49 anos, enquanto os homens o fazem cerca de 10 anos mais tarde.

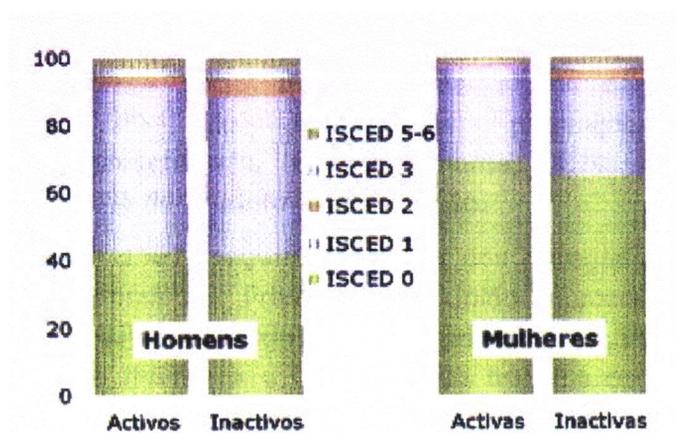


Fonte: INE, Inquérito ao Emprego.

**Figura 4** – Evolução das taxas de actividade segundo o sexo, Portugal 1992-2001.

É verdade que a actividade económica está cada vez mais presente entre a população idosa. No período de 1992 e 2001, a população activa com 65 e mais anos cresceu 64,1%, principalmente nas mulheres em que a proporção quase duplicou (91,8%) ao passo que na população masculina o aumento não passou de 47,8%. Vem confirmar esta ideia o aumento acentuado da taxa de actividade durante a década de 90.

No que se refere aos níveis de instrução da população idosa segundo as condições perante o trabalho a maioria dos idosos não tem qualquer nível de instrução, especialmente na população feminina.



Fonte: INE, Inquérito ao emprego

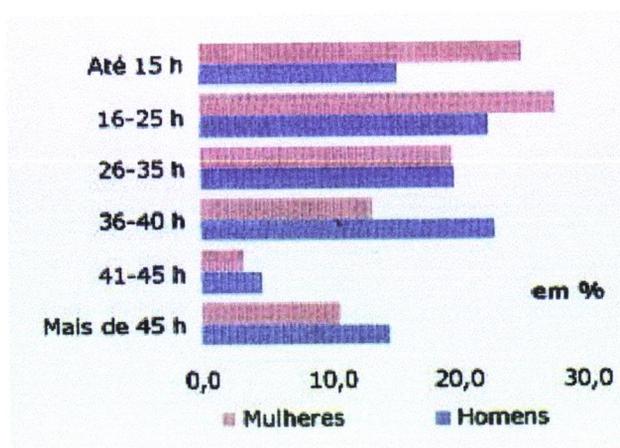
**Figura 5** – Níveis de instrução da população idosa activa e inactiva segundo o sexo, Portugal 2001.

A população idosa activa representa, 19% do total da população idosa e em 2001, a maioria exercia a sua actividade na área da agricultura, produção animal, caça e silvicultura: 70,2% dos homens e 75,5% das mulheres; em seguida, mas com uma diferença significativa, surge a actividade de comércio por grosso e retalho, reparações (11,0% dos homens e 8,6% das mulheres). A profissão principal com maior percentagem de idosos é a agricultura e pesca com 69,0% dos homens e 73,5% das mulheres. A segunda posição pertence aos quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa na população masculina (8,6%) e trabalhos não qualificados na feminina (10,2%).

É de salientar que a maior parte dos idosos activos trabalham por conta própria: 83,6% dos homens e 75,0% das mulheres, e apenas 11,2% e 12,5% respectivamente exercem uma profissão por conta de outrem.

As mulheres idosas trabalham menos horas que os homens da mesma idade. Segundo a mesma fonte (inquérito ao emprego), mais de 50% das mulheres trabalha menos 25 horas semanais, enquanto que os homens registam uma proporção entre as 36-40 horas semanais.

**Gráfico 22** - Duração semanal de trabalho segundo o sexo, Portugal 2001.



Fonte: INE, Inquérito ao Emprego.

Durante a década de 90, a duração média da semana de trabalho da população idosa activa reduziu-se cerca de 10 horas semanais.

Na evolução da estrutura etária houve por um lado o aumento de efectivos mais velhos e proporcionalmente a estrutura da população inactiva bem como o aumento das taxas de actividade nas últimas décadas, especialmente entre as mulheres, daí que naturalmente as despesas públicas com a protecção social aumentem.

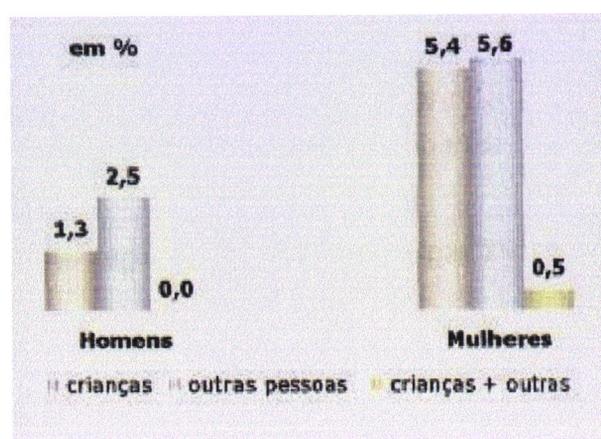
Segundo a Eurostat (2001) as despesas com a velhice em 1999, registaram em Portugal, a maior proporção do total das prestações de protecção social, embora inferior à média comunitária.

Entre 1980 e 1999, as despesas desta medida de politica social aumentaram de 34,0% para 36,5% do total das prestações, representando, respectivamente, 3,7% e 36,5% do Produto Interno Bruto (PIB).

Em 1997, segundo o Painel dos Agregados Domésticos Privados da União Europeia (PAUE), as actividades diárias de 11,5% das mulheres e de 3,8% dos homens com 65 ou mais anos incluíam tomar conta de crianças (dos próprios ou de outras pessoas), ou cuidar de outras pessoas “ com necessidades de cuidados especiais por motivos de velhice, doença, incapacidade, etc.”, de forma não remunerada.

Além das actividades não remuneradas predominarem nas mulheres, há também uma diferença significativa no tipo de actividades. Os cuidados com crianças e a outras pessoas com cuidados especiais são prestados apenas por mulheres (0,5%).

**Gráfico 23 - Actividades diárias não remuneradas segundo o sexo, Portugal 1997.**



Fonte: INE, PAUE.

A maior parte das mulheres idosas ocupam mais de 28 horas semanais nos cuidados a pessoas com necessidades de cuidados especiais, enquanto as que cuidam de crianças se repartem em idêntica percentagem entre as 14 e as 28 horas. Os homens que cuidam de crianças são, como se viu, em número reduzido e a maior parte ocupa menos de 14 horas semanais com essas actividades. Em contrapartida, os que prestam cuidados a outras pessoas durante mais de 28 horas semanais elevam-se a 50%.

No Inquérito à Ocupação dos Tempos (1999) confirmam-se as diferenças entre os sexos no que respeita às actividades domésticas e está presente a herança do modelo paternalista, com a responsabilidade das tarefas do lar quase exclusivas das mulheres em contrapartida os serviços administrativos é principalmente masculino. Os trabalhos de jardinagem registam os valores mais próximos entre os sexos. Cuidar da roupa e limpar a casa são tarefas predominantemente femininas.

Quanto ao grau de satisfação com a actividade principal 37% dos indivíduos dizem estar relativamente satisfeitos, 25% relativamente insatisfeito, 21% totalmente satisfeitos e 17% totalmente insatisfeitos. As mulheres estão mais insatisfeitas que os homens.

Entrando no domínio das receitas e despesas e tendo em conta o Painel dos Agregados Domésticos Privados da União Europeia, em 1997, a maioria dos idosos dependem das pensões como fonte de rendimento principal: 85% dos idosos, contra apenas 6,3% da população não idosa. Cerca de 3% dos indivíduos com 65 e mais anos dependem de outro tipo de subsídios e cerca de 7% têm como fonte principal de receitas rendimentos de alguma actividade ou de investimentos ou poupanças. Há ainda 5% da população que afirma não ter qualquer rendimento.

Comparando com os resultados do mesmo painel de 1994 pode-se afirmar que a percentagem de pessoas idosas com pensões como principal fonte de rendimentos aumentou cerca de 15%. Também houve um ligeiro aumento nos rendimentos de trabalho por conta própria. Essa quebra é o resultado directo quer da fixação do limite quer do agravamento, que a Comissão defende, do cálculo da pensão para estes salários. A luta pelo direito à segurança social constituirá assim uma das questões prioritárias. Esta luta não é incompatível antes exige uma reforma séria, profunda e ancorada nas

realidades nacionais e nas realidades concretas do nosso sistema de forma a aperfeiçoá-lo.

Ainda em relação a despesas segundo informação disponível no site da Caixa Geral de Aposentações, nos últimos cinco anos, foram abonados pela CGA 103556 novas pensões de aposentação e reforma.

Em 2003 foram atribuídos 34067 novas pensões, numero que foi mais alto do último quinquénio e que se deve sobretudo ao grande afluxo de novos pedidos de aposentação e reforma entrados em 2003 e no último triénio de 2002. É ainda de salientar o registo nos quatro anos precedentes, de uma média anual de 355097 novos abonos.

Tendo presente que, em 31 de Dezembro, a população total de aposentados e reformados era de 355097, sublinha-se o facto das pensões cujo abono foi iniciado nestes últimos cinco anos corresponderam a 29,2% daquele valor, contra 26% no final de 2002.

A distribuição anual de novos abonos de pensão e de aposentação e reforma no último quinquénio, por pessoal civil é de 91,5% do total, enquanto nas forças armadas e dos seguros é de 8,5%.

Em 2003 houve mais 6027 indivíduos presentes à junta medica da CGA, face ao ano anterior que traduz um crescimento mais significativo (mais 79%). Tal crescimento deve-se ao afluxo extraordinário de pedidos de aposentação e reforma em resultado das alterações legislativas.

Em termos de resultados, foram considerados incapazes 52,2% abaixo dos 69,1% registados no quadriénio anterior.

Para esta tendência tem contribuído por um lado a politica de contenção de admissão na função pública e por outra a existência de legislação que tem permitido a passagem a aposentação antecipada de um grande número de funcionários e agentes de escalões etários mais baixos, o que tem conduzido ao alargamento do período médio de duração

da pensão, a qual é também influenciado pelo aumento da esperança de vida das populações.

Da evolução de novos inscritos destaca-se o número crescente até 2000, associado aos efeitos da publicação do Decreto-Lei nº 81-A/96, de Junho, nº 195/97, de 31 de Julho, e nº 256/96, de 14 de Agosto que vieram estabelecer o processo de regulação de situações de emprego precário na Administração Pública. Nos anos subsequentes tinha-se assistido à diminuição progressiva dos novos inscritos na CGA.

O número de aposentados aumentou, nestes últimos quatro anos, cerca de 17,6%, passando de 301893, no final de 1999, para 355.097, no final de 2003, o que traduz a progressão média anual de 4,1% (CGA, 2005).

O número de pensionistas da Segurança social de 1991 a 2003 segundo os dados estatísticos disponíveis no site é de:

- 2.212.850 em 1991;
- 2.529.320 em 2001 e;
- 2.590.849 em 2003.

No final de 2003 a população de aposentados era constituída por 62,8% de indivíduos do sexo feminino, com média de idades, de 66,7 e 68,8 anos respectivamente. A idade média global situa-se nos 66,8 % anos a semelhança do registado no final do ano anterior.

Embora esta população seja predominantemente masculina, tem vindo a acentuar-se o peso relativo dos aposentados do sexo feminino, que aumentou, no último quinquénio, 4,8 pontos percentuais (de 32,4 para 37,2%).

Do universo global dos aposentados e reformados existentes no final 2003, cerca de 24,3% tinham menos de 60 anos e 53,9% tinha idade entre 60 e os 74 anos. A média de idades dos aposentados e reformados falecidos no último quinquénio não registou alteração significativa, variando, globalmente, entre os 75,2 e os 75,9 anos.

Dos aposentados falecidos em 2003, as mulheres eram em média mais idosas que os homens à data do óbito, com 73,3 e 74,9 anos respectivamente.

## **CAPÍTULO III**

### **A REFORMA DOS ENFERMEIROS / TEMPO DE DESCANÇO OU SEGUNDA CARREIRA**

### 3.1-ORIGEM DA PROFISSÃO

*“O desenvolvimento da Enfermagem, enquanto profissão de saúde, é um fenómeno que tem pouco mais de um século”.*

Isabel Soares 1997

As primeiras escolas ligadas aos hospitais, embora com carácter independente, surgem quando se começa a tomar consciência da necessidade de formar quem trata de enfermos. Em 1917 têm lugar em Coimbra as primeiras acções de formação. Dois anos depois, Lisboa seguiu o exemplo, mas só em 1919 surge um curso com a duração de dois anos para a formação de enfermeiros. Desta forma estavam dados os primeiros passos para que a profissão de Enfermeiro fosse efectivamente reconhecida como tal.

Em 1925 nasce a primeira Organização Sindical das Parteiras de Portugal, reflexo da crescente necessidade de criação de instituições que reunissem os profissionais de Enfermagem.

Em 1926 instituiu-se a obrigatoriedade de dispor de um diploma para a prática de Enfermagem. Nesta altura, o país vivia um período conturbado, com o crescimento da repressão, fruto da queda do regime democrático e da instauração da ditadura militar.

Em 1933 entra em vigor o Estatuto Nacional do Trabalho e a Constituição Corporativa. Os sindicatos livres e independentes e as organizações sociais de defesa dos trabalhadores são proibidos e substituídos pelos sindicatos corporativos.

Em 1934 nasce o Sindicato dos Profissionais de Enfermagem, instrumento do sistema corporativo, portanto, limitado na sua possibilidade de intervenção e defesa livre dos interesses dos seus sindicalizados, tratando-se apenas de uma repartição administrativa responsável pelas carteiras profissionais, e para o governo, uma forma de controlar e garantir a ordem social dos profissionais aí integrados.

Em 1941 foram criados os primeiros cursos especializados em psiquiatria e materno-infantil, como forma de responder às necessidades resultantes da prática profissional.

Em 1947 foi legislado o ensino, de modo a melhorar o exercício de funções de chefia.

A partir da década de 50 começam a desenvolver-se as teorias de enfermagem, que perspectivam as bases científicas do exercício da profissão.

Na década de 60 observa-se o desempenho de um papel crescente da Enfermagem em todo o mundo, que confere maior força social aos seus profissionais, com a consequente melhoria do enquadramento sócio-profissional e das condições de trabalho.

A década de 70 é marcada pelo crescimento das exigências técnicas e científicas no exercício da profissão e pelas dificuldades económicas do país, com reflexo em termos de evolução nas carreiras, condições de trabalho e qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem.

Com o advento da democracia, em 1974, a área da Enfermagem, à semelhança de outros sectores profissionais, assume o devido protagonismo no processo de democratização institucional. São eleitos, de forma democrática, os corpos gerentes do Sindicatos dos Enfermeiros, e generalizam-se importantes conquistas laborais e sindicais, de que se destacam:

- Aumento dos salários;
- Redução do horário de trabalho;
- Férias com respectivo subsídio;
- Décimo terceiro mês de remuneração;
- Proibição do despedimento sem justa causa;
- Direito à greve e à liberdade sindical;
- Participação na gestão da Segurança Social.

Estavam então criadas as condições para que os enfermeiros assumissem responsabilidades e competências próprias na definição do futuro da sua profissão. Nesta linha surge a medida da unificação de todos os profissionais de Enfermagem, com o acesso de todos os enfermeiros à carreira. Por outro lado, o imperativo constitucional do direito à saúde por parte de todos os cidadãos, exige do Estado um aumento dos recursos humanos na área da saúde. Por isso, a profissão de Enfermagem passa a ser socialmente mais valorizada.

Em 23 de Dezembro de 1988, após dez anos de esforço, o ensino de Enfermagem é finalmente integrado no sistema educativo nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico.

Em 8 de Novembro de 1991 é publicado o decreto-lei (D.L.) n.º 437, que aprova o regime Legal da Carreira de Enfermagem.

Em 4 de Setembro de 1996, através do D.L. n.º 161, é aprovado o regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros.

Em 21 de Abril de 1998, o D.L. n.º 104 cria e aprova a Ordem dos Enfermeiros e seu respectivo estatuto (Soares, 1997; Graça, 2004).

### **3.2-A ENFERMAGEM NA ACTUALIDADE GLOBAL**

*“A falta de profissionais de enfermagem a nível mundial é uma realidade, que se prevê que agrave nos próximos anos, com a passagem à reforma de grande número de quadros e a incapacidade dos sistemas de ensino em formarem jovens para compensarem as vagas deixadas em aberto”.*

*Guadalupe 2004*

A situação é preocupante ao ponto de ser divulgada a opinião da própria Ordem dos Enfermeiros que considera este o mais grave problema com que se debaterão os sistemas mundiais de saúde em 2020, altura em que se calcula que o número destes profissionais esteja 20 por cento abaixo das necessidades.

Assegura essa previsão um estudo envolvendo 43 mil enfermeiros dos EUA, Canadá, Inglaterra, Escócia e Alemanha, publicado no jornal Health Affair, indicava que 20 a 30 por cento dos inquiridos declara pretender abandonar o actual emprego durante o próximo ano.

E mais podemos acrescentar que no Canadá de acordo com a Nurse Week, o número de licenciaturas nesta áreas diminuiu, no ano 2004, para 4 mil, enquanto a Ordem dos

Enfermeiros local prevê que, para responder as necessidades do mercado de saúde seja necessário formar 10 mil novos profissionais em 2011. Entretanto, o jornal Toronto Star indicava que só a província de Ontário perderá até 2006, por passagem à reforma, cerca de 14 mil dos seus 81 mil enfermeiros, e que, presentemente, um terço destes profissionais está na faixa etária acima dos 50 anos e apenas 10 por cento na faixa abaixo dos 30 anos.

Ainda a propósito da falta de enfermeiros, no Reino Unido, segundo escrevia, este ano, o jornal Guardian, de Londres, assistiu-se a um aumento de 71 por cento nos pedidos de registos profissionais por enfermeiros estrangeiros, incluindo mais 13 mil filipinos, 2,5 mil indianos, 2 mil nigerianos e outros tantos sul americanos.

É neste quadro internacional de falta de enfermeiros que, também em Portugal, se assiste ao recurso crescente de profissionais estrangeiros, nomeadamente espanhóis.

A contratação de enfermeiros reformados para o lugar de novos enfermeiros também é frequente como se refere no comunicado de uma reunião do sindicato de Matosinhos: *“Por uma côdea o HPH contrata os enfermeiros que se vão reformando. Há aqui alguma incompatibilidade legal. Sempre vamos querer ver como os vai defender o HPH se o Ministério das Finanças os obrigar a reporem o dinheiro da reforma que receberam, enquanto estavam a trabalhar simultaneamente no Hospital ou ULSM!...”*

Em debate, a Ordem de Enfermagem tem os temas que considera que afecta os enfermeiros como as especializações de enfermagem, a qualidade dos cuidados de enfermagem e a formação dos enfermeiros.

Segundo, intervenções do SEP apresentadas no Fórum Internacional Serviços Públicos realizado em Março de 2005 os sistemas de saúde estão em causa por falta de enfermeiros. Na actualidade, praticamente todos os países se debatem com a falta de enfermeiros, especialmente enfermeiros especialistas, tendência que poderá agravar-se ainda mais nos próximos anos com a previsível passagem a reforma de mais de um quarto destes profissionais.

Em alguns países desenvolvidos, a escassez de pessoal de enfermagem deve-se a uma combinação de factores de desenvolvimento socioeconómico, nas últimas décadas, com constrangimentos de diversa ordem a nível do primeiro emprego, de condições de trabalho e de carreira, do planeamento de recursos humanos de saúde e da formação.

No que se refere ao desenvolvimento socioeconómico, destaca-se uma maior procura dos cuidados de saúde por parte da população em geral, a par de um aumento da esperança de vida registada na generalidade das sociedades desenvolvidas. Dos constrangimentos, destacam-se o insuficiente ritmo de formação dos profissionais e a intensificação das aposentações nos próximos anos.

Em certos países como, por exemplo, Estados Unidos, Canadá ou Inglaterra, os problemas de escassez de enfermeiros são agravados por um certo desprestígio social da profissão, traduzido em ritmos de trabalho demasiado intensos – exactamente pela escassez de recursos humanos – e níveis salariais comparativamente baixos face a outras actividades, o que torna a profissão pouco convidativa para os jovens.

Outra realidade é que em praticamente todo o Mundo, registam-se ritmos insuficientes de formação de novos profissionais por razões diferentes (Fórum Internacional Serviços Públicos).

Enquanto no caso português, segundo a Ordem dos Enfermeiros, isso se deve a uma reduzida oferta de lugares no acesso ao ensino da enfermagem – este ano existiram 2 mil vagas, para uma procura destes cursos por parte dos jovens em virtude de uma certa imagem de desprestígio social que envolve a profissão.

A Polónia constitui outro exemplo demonstrativo da acentuada quebra registada na formação destes profissionais. Segundo a OMS, neste país, onde há dez anos atrás se formavam anualmente 10 mil enfermeiros, só concluem o curso 3 mil.

Por qualquer das razões, a formação de novos enfermeiros, na maioria dos países desenvolvidos, não garante, sequer, a substituição do pessoal que se aposenta. Duas excepções a esta norma são a Espanha e as Filipinas, mas por razões diferentes.

Nas Filipinas, um dos maiores exportadores mundiais de enfermagem, investiram deliberadamente na formação de um excesso de enfermeiros com o objectivo de, através da emigração desses profissionais, gerarem um fluxo de receita e divisas para sustentação da economia nacional.

Em Espanha estima-se que existam 13 mil enfermeiros desempregados; no entanto, na opinião da respectiva Ordem, isto apenas se deve ao facto de o sistema de saúde não funcionar convenientemente, pois nessa altura verificar-se-ia um “deficit” de 100 mil profissionais.

Neste quadro de escassez de quadros, assiste-se a uma drenagem de enfermeiros de outros países, designadamente de estados menos desenvolvidos, que, assim, se vêm privados dos seus escassos recursos humanos na área da saúde. Muitos são profissionais oriundos de países africanos, asiáticos ou latino-americanos que emigram motivados por melhores condições salariais de trabalho. Temos o exemplo do Gana, de onde, segundo a Nurse Week, mais de 500 profissionais de enfermagem – o dobro dos números dos que se formaram no país – rumaram ao estrangeiro.

Um dos principais reflexos desta escassez de enfermeiros em muitos países é o facto de, implicando uma sobrecarga de trabalho, ter por consequência uma menor qualidade dos cuidados prestados. Segundo referia o British Medical Journal, no passado ano, no Japão, metade dos profissionais do sector não tinham tempo para seguir as normas de uma boa prática de enfermagem, tal era a sobrecarga de trabalho.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros existem em Portugal cerca de 45 mil profissionais de enfermagem e mais de cinco mil estão reformados. A profissão de enfermagem é das únicas em Portugal onde não há problemas de empregabilidade. O número de profissionais da saúde “*continua a ser insuficiente para dar resposta a todas as necessidades de saúde dos portugueses*”, sustenta Guadalupe Simões coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Apesar de tudo ao que os enfermeiros “*estão expostos*”, afirma que “*vale a pena investir na profissão onde se evolui todos os dias*”.

Os candidatos à actividade de enfermagem ainda segundo a opinião da vice-coordenadora do sindicato apesar de não haver um perfil tipo “*devem ter uma enorme*

*capacidade de relacionamento e de resistência ao sofrimento humano. Ambos fazem parte do dia a dia da profissão” (Guadalupe, 2005:17).*

Durante os estágios curriculares exercidos nos hospitais ou centros de saúde *“há muitos que desistem da profissão porque não conseguem conviver com o sofrimento. Nesta actividade deve haver capacidade para reagir e dar resposta o mais rapidamente possível às emergências” (Guadalupe, 2005:18).*

Diz que a profissão é de *“alto risco tanto a nível psicológico como físico”*. O sofrimento humano abala as pessoas. Conviver com ele diariamente é demasiado penoso e não é uma situação fácil de esquecer porque se esta a lidar com pessoas que estão em casos extremos de fragilidade”.

Os instrumentos profissionais dos enfermeiros *“são potenciais veículos de transmissão de doenças infecciosas. Mas sem eles não se pode trabalhar”*. As doenças profissionais *“provocam varias maleitas. A maioria surge após vários anos e profissão por falta de condições de trabalho”* Por exemplo os problemas musculares por carregamento de peso excessivo por escassez de camas, cadeiras de rodas ou de elevadores para transportar doentes. Uma situação *“ que tem influência directa no numero de elevado de abortos espontâneos que ocorrem anualmente entre as enfermeiras”*. Outro factor de risco é *“a violência física”* a que estão sujeitos por *“parte de doentes e familiares”*. Os enfermeiros são os profissionais que tem um contacto mais directo com os doentes e, que muitas vezes, tomam as decisões relacionadas com a sua saúde. Quando não são do agrado de quem está a ser tratado surgem comportamentos violentos, cujo número começa a ser preocupante”.

O número de homens a exercer esta profissão ainda é reduzido. A enfermagem é uma actividade *“conotada com o sexo feminino”* pelas razões que remontam ao passado referidas anteriormente. Só a partir de Abril de 1974 com a mudança de mentalidades na sociedade portuguesa os homens tiveram acesso a profissão. *“Apesar de nas ultimas duas décadas os profissionais masculinos terem aumentado em quase todos os serviços de saúde longe de obter um equilibrio”*.

As consequências da feminização não são diferentes das que ocorrem noutras profissões, a conciliação da vida profissional com a vida familiar “*não é um processo fácil por causa dos turnos, sobretudo os nocturnos*”. Mas no momento, “*não tem funcionado como entrave, a maioria das pessoas sabe que está sujeita a este esquema de trabalho*”. Guadalupe Simões, diz que a profissão enfrenta várias dificuldades “*criadas pela acção dos sucessivos governos*”. Apesar de ser considerada uma profissão relevante no sistema de Saúde “*estão a ser desenvolvidas varias tentativas para desvalorizar o seu papel*”.

A redução do número de enfermeiros nos Centros de saúde e nos hospitais e a sua substituição por auxiliares de acção médica “*é uma medida destinada a diminuir os custos com a saúde e a desvalorizar o trabalho dos profissionais de enfermagem*”. Tal medida coloca em perigo a qualidade dos cuidados de saúde. Um enfermeiro estuda durante cinco anos para a licenciatura e participa em varias acções de formação ministradas aos profissionais da saúde, que os possibilita exercer algumas das actividades desenvolvidas.

A baixa remuneração para quem começa a carreira é um dos principais motivos que afasta estes profissionais dos serviços públicos e os empurram para os serviços privados. “*Se a remuneração fosse superior não havia necessidade de conciliar horários do público com o privado e talvez a qualidade dos cuidados prestados fosse maior*”.

Apesar dos riscos e das dificuldades Guadalupe considera que o trabalho na área da saúde é “*compensadora*”. Ao ajudar a prevenir ou a combater doenças, os enfermeiros estão a prolongar vidas e a acrescentar novas experiências ao somatório do seu conhecimento no tratamento (Guadalupe, 2005).

### **3.3-A ENFERMAGEM NA ACTUALIDADE ESTATÍSTICA**

No quinto boletim da Eurotrials são apresentados dados sobre os cuidados de saúde a nível Mundial, Europeu e particularmente a nível Nacional. Podemos constatar que em relação aos gastos com a saúde per capita, em 1997, Portugal e Grécia surgiram com os países pertencentes a União Europeia, onde este indicador atinge valores mais baixos. A Alemanha destacou-se no topo da escala, com um gasto de 2677 dólares per capita, que corresponde a um valor aproximadamente três vezes superior aos apontados para Portugal com 807 dólares per capita. Comparando estes valores com os dados referentes ao PIB, constata-se que Portugal no mesmo ano ocupou o quinto lugar da União Europeia no que diz respeito ao investimento na saúde com 8,2% do PIB, atrás da Alemanha (10,4), França (9,9%), Suécia (8,6%) e Holanda (8,5%). O país que atribuiu à saúde, a menor percentagem do PIB, foi o Reino Unido com 6,7%.

Em relação a percentagem de enfermeiros per capita destacam-se os países do Norte da Europa com mais de 10 enfermeiros por 1000 habitantes, contrastando com a Península Ibérica, Grécia e Reino Unido que apresentam valores inferiores a 5 enfermeiros por 1000 habitantes.

Em Portugal regista-se um número médicos por 1000 habitantes, e 3,4 médicos por 1000 habitantes ao nível da média da União Europeia. É importante salientar o reduzido número de enfermeiros portugueses comparativamente aos restantes países como podemos constatar no quadro 14. A Grécia está em igual situação (4 enfermeiros por 1000 habitantes) e semelhantes mas ainda superiores estão a Itália com 5,4 e a Bélgica com 5,6. Contrastam no topo Luxemburgo com 10,8 e a Irlanda com 15,3 enfermeiros por 1000 habitantes

**Quadro 14 – Comparações internacionais (U.E.) do número de enfermeiros por mil habitantes 1998/2002.**

PAÍSES	1998	1999	2000	2001	2002
Portugal	3,7	3,7	3,4	3,8	4,0
Alemanha	9,4	9,5	9,6	9,7	9,9
Áustria	9,0	9,1	9,3	9,3	9,3
Bélgica	5,1	5,3	5,4	5,5	5,6
Dinamarca	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7
Espanha	6,2	6,5	6,7	7,0	7,2
Finlândia	7,3	7,6	8,2	8,6	9,0
França	6,4	6,5	6,7	7,0	7,2
Grécia	3,9	3,9	4,0	-	-
Holanda	12,5	12,7	13,4	12,8	-
Irlanda	13,1	13,6	14,0	14,8	15,3
Itália	5,3	5,2	5,2	5,3	5,4
Luxemburgo	9,9	10,0	10,1	10,4	10,8
R. Unido	8,4	8,8	8,8	9,0	9,2
Suécia	8,3	8,4	8,8	-	-

Fonte: OECD, Health Data 2004

De acordo com dados da O.M.S. é necessário que se tenha a proporção de 1 enfermeiros por cada grupo de 100 pacientes ou seja 10 para 1000. Significa que a Irlanda excede esta proporção.

Segundo declaração do Director da F.M.L. (Faculdade de Medicina de Lisboa) à imprensa (Março de 2005) há de 20 mil enfermeiros a menos e estranhamente não se ouve o governo falar no aumento de vagas em enfermagem ou criação de mais escolas.

Apesar de tudo nas estatísticas do Serviço Nacional de Saúde os efectivos de enfermagem tem aumentado de 1990 a 2000 como se pode ver no seguinte quadro:

**Quadro 15 – Total de efectivos do Serviço Nacional de Saúde e efectivos Enfermeiros.**

Ano	1990		1995		2000	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Total Efectivos</b>	100870	100%	107950	100%	120980	100%
<b>Total de enfermeiros</b>	24973	24,7%	29685	27,5%	34586	28,6%

Fonte: Departamento da Modernização e Recursos da Saúde (DMRS)

Verificou-se um aumento de 2,8% de 1990 a 1995 e de 1,1% de 1995 a 2000 no total de efectivos na enfermagem.

No quadro seguinte podemos constatar que é na zona litoral norte de Portugal, Lisboa, Porto e Coimbra que se concentra o maior número de profissionais da saúde nomeadamente de enfermeiros por razão lógica pois são as zonas de maior densidade populacional.

**Quadro 16** -Total de efectivos médicos e enfermeiros do S.N.S. por Região em 2002.

Efectivos	Total	Médicos	Enfermeiros
Continente	120750	25134	34586
Norte	36215	8214	11030
Braga	62925		2014
Bragança	1762		612
Porto	23031		6758
Viana do Castelo	2528		807
Vila Real	2582		839
Centro	29349	5656	8791
Aveiro	5851		1608
C.Branco	2876		895
Coimbra	11432		3458
Guarda	1854		561
Leiria	3823		1163
Viseu	3513		1106
Lisboa e Vale do Tejo	45729	9688	11911
Lisboa	33401		8226
Santarém	4379		1295
Setúbal	7949		2390
Alentejo	5169	798	1562
Beja	1654	242	469
Évora	1982	324	592
Portalegre	1533	232	501
Algarve	4518	778	1292
Faro	4518		1292

Fonte: Departamento da Modernização e Recursos de Saúde (DMRS)

A distribuição de enfermeiros por região, apresenta-se heterogénea como se pode ver no quadro seguinte. Coimbra tem 8 por 1000 habitantes, um maior número de enfermeiros por 1000 habitantes relativamente a outras regiões, mais perto dos 10 preconizados pela O. M. S. Em contrapartida Setúbal, Leiria e Aveiro apenas rondam os 2,5 enfermeiros por mil habitantes.

O Algarve concentra a maior percentagem de enfermeiros jovens (31%) e a menor percentagem de enfermeiros do grupo intermédio dos 31 aos 60 anos (64,6%) e de enfermeiros na idade da pré reforma (>60 anos) com 4%.

**Quadro 17 – Distribuição dos enfermeiros por região segundo o grupo etário 2002.**

Regiões e Sub-regiões	Total de Enfermeiros		Enfermeiros por grupo etário (%)		
	Nº	/1000 habit.	<31 Anos	31-60	> 60 Anos
<b>Portugal</b>	41788	4,02	24,3	69,2	6,5
<b>Continente</b>	39141	3,94	24,3	69,1	6,6
<b>Norte</b>	12196	3,76	25,5	68,0	6,5
<b>Braga</b>	2148	2,56	23,1	69,7	7,2
<b>Bragança</b>	701	4,78	21,1	74,9	4,0
<b>Porto</b>	7433	4,16	26,8	66,0	7,3
<b>V. do Castelo</b>	907	3,63	29,0	67,8	3,2
<b>Vila Real</b>	1007	4,55	21,2	74,9	4,0
<b>Centro</b>	9415	3,93	24,3	70,7	5,0
<b>Aveiro</b>	1722	2,40	30,8	68,2	6,0
<b>Castelo Branco</b>	950	4,64	25,6	67,5	6,9
<b>Coimbra</b>	3593	8,21	21,5	74,6	3,9
<b>Guarda</b>	645	3,64	21,9	71,5	6,7
<b>Leiria</b>	1241	2,67	19,9	74,7	5,4
<b>Viseu</b>	1264	3,22	27,7	68,3	4,0
<b>Lisboa e Vale do Tejo</b>	14338	4,17	23,5	68,4	8,1
<b>Lisboa</b>	10998	5,06	25,7	65,6	8,7
<b>Santarém</b>	1339	2,91	16,3	76,8	6,9
<b>Setúbal</b>	1996	2,47	16,4	77,8	5,8
<b>Alentejo</b>	1765	3,91	16,3	78,0	5,7
<b>Beja</b>	539	3,42	12,6	82,7	4,6
<b>Évora</b>	716	4,19	19,1	74,7	6,1
<b>Portalegre</b>	510	4,14	16,3	77,6	6,1
<b>Algarve</b>	1432	3,59	31,0	64,6	4,4
<b>Faro</b>	1432	3,59	31,0	64,6	4,4
<b>Açores</b>	1183	4,95	20,8	69,2	4,0
<b>Madeira</b>	1464	6,07	22,5	72,8	5,0

Fonte: INE, Ordem dos Enfermeiros

A menor percentagem de jovens enfermeiras regista-se no Alentejo com 16,3% em especial Beja com 12,6% em contrapartida possui a maior percentagem do grupo etário intermédio com 77,6% e 82,7% em Beja. Atrevemo-nos a dizer que se avizinha um envelhecimento a nível desta actividade na região. O grupo etário da pré reforma atinge maior percentagem em Lisboa e Vale do Tejo (8,1%) especialmente Lisboa com 8,7% e o Porto com 7,3%.

### **3.4-A ENFERMAGEM NAS POLÍTICAS NACIONAIS**

Com a realização das eleições legislativas de 20 de Fevereiro de 2005, abriu-se um novo ciclo de governação.

O Ministro da Saúde promoveu a redução dos gastos com pessoal, com base em criatividades contabilísticas, reduzindo a qualidade dos cuidados e a sua prestação em tempo útil, penalizando os utentes e o gozo de direitos pelos profissionais segundo o SEP.

Nas reivindicações feitas ao governo o SEP declara que é reconhecida por todas as entidades em Portugal a falta de enfermeiros para responder as actuais necessidades em cuidados de enfermagem. O envelhecimento da população, aumento das doenças/doentes crónicos e a necessária a intervenção no âmbito das determinantes da saúde, para além de outros factores, determinam uma linha de tendência crescente da necessidade de resposta em saúde, nomeadamente em cuidados de enfermagem. Em Portugal como já vimos há um rácio de 4,2 enfermeiros por 1000 habitantes, quando a média da União Europeia é de 5,9 Enfermeiros por 1000 habitantes.

Ainda, os quadros de pessoal de muitas instituições, Hospitais e Centros de saúde, relativamente aos enfermeiros, apresentam diversas realidades problemáticas: estão insuficientemente dotados face às necessidades, ou têm reduzida taxa de ocupação.

Mesmo assim o Senhor Ministro da Saúde promoveu orientações, através das Administrações Regionais de Saúde (ARS) para os Hospitais do Sector Publico (SPA) E

Centros de Saúde e da Unidade de Missão SAs (Sociedades Anónimas) a, no sentido de reduzir os custos com o pessoal e, designadamente, com os enfermeiros.

Neste contexto e com esta perspectiva, varias Administrações (de Hospitais e Sub Regiões de Saúde/ Centros de Saúde):

- Não tem admitido o número de enfermeiros necessários ao regular funcionamento dos serviços;

- Têm de certo modo despedido enfermeiros contratados, não renovando os respectivos contratos, quando estes estão a assegurar funções próprias dos serviços de natureza permanente e são necessários ao seu normal funcionamento;

- Têm procedido a cortes (ou não atribuição) do Regime de Trabalho designado regime de horário acrescido, a aplicar e excepcionalmente e que permite aos enfermeiros trabalharem 42 horas semanais em vez de 35 horas;

- Têm dificultado o exercício e pagamento de trabalho extraordinário e gozo de feriados;

Isto tem provocado a manutenção de um reduzido número de enfermeiros por turno e por serviço hospitalar ou centro de saúde, o que dificulta a prestação de cuidados de qualidade e em tempo útil; desumaniza a prestação de cuidados de enfermagem e de saúde, impede a concretização de programas e projectos de prevenção e promoção da saúde; compromete o desenvolvimento dos cuidados domiciliários e continuados; dificulta o gozo de direitos (SEP).

Com vista a apresentação de “bons resultados”, sobretudo económico-financeiros, o Ministro e as Administrações tem ainda promovido outras “medidas criativas”:

- Subcontratação de enfermeiros através de Empresas de Trabalho temporário;

- Contratação ilegal de enfermeiros a Recibo Verde;

- Enfermeiros em Vínculo Precário para satisfazer necessidades permanentes dos serviços têm aumentado e há deterioração de outras condições laborais;

- A exploração da mão-de-obra dos enfermeiros reformados.

O anterior Ministro da Saúde referiu, várias vezes, que as reformas em curso e nomeadamente a admissão dos profissionais de saúde por contracto individual de Trabalho, não iria colidir com os direitos ou expectativas que os enfermeiros tivessem, que iria agilizar a forma de admissão e iria conferir mais estabilidade e segurança.

A actual realidade é muito diferente e bem pior. O número de enfermeiros com vínculo precário aumentou ainda a exercer funções próprias dos serviços de natureza permanente e com horário completo:

➤ Nos Hospitais do Sector Público Administrativo e Centro de Saúde, há Enfermeiros com Contratos a Termo Certo ao abrigo do SNS. Uns que já perfizeram os dois anos de contrato e detêm agora um contrato de três meses renováveis por mais três meses; outros que iniciaram funções com contratos de três meses e tem sido renovados; outros na mesma circunstância, não lhe tem sido renovado o contrato e são obrigados a estabelecer um novo contrato com outra instituição; os que tem admitido por Contrato Individual de Trabalho (CIT), estão todos com um CIT a Termo (Precários);

➤ Nos hospitais SAs, apesar de grande diversidade de situações, podemos referir que, na globalidade, os enfermeiros detêm Contratos Individuais de Trabalho (CIT) com Termo, de 6 meses e 1 ano;

Acresce o facto destes Enfermeiros em Contrato Individual de Trabalho, na globalidade, realizarem 40 horas semanais de trabalho, o que contraria as directivas comunitárias e agudiza as condições de risco e penosidade inerentes ao exercício da profissão; e receberem uma retribuição inferior aos colegas da função pública, tendo por referências o regime de tempo completo, das 35 horas semanais de trabalho.

Por outro lado, tanto nos Hospitais do Sector Público Administrativo e SAs como nos Centros de Saúde, termos Enfermeiros em Contrato Administrativo de Provisão (CAP), cujas expectativas visavam o ingresso nos quadros da instituição. Agora, vêm defraudadas (Hospitais SAs) ou dificultadas (restantes instituições) a concretização dessas expectativas.

Todas as situações de instabilidade e de incerteza decorrente do Vínculo Precário, e, conseqüentemente, de mobilidade entre instituições, têm gerado:

➤ Instabilidade nas equipas dos serviços, que dificulta a boa gestão, organização e prestação dos cuidados aos utentes

➤ Ausência da necessária segurança que promova os processos de socialização na instituição e nos serviços fundamental para uma boa prestação de cuidados,

➤ Aumento dos encargos financeiros, porque muitos dos enfermeiros, quando estão integrados nos serviços, são obrigados a mudar de instituição por cessação de contrato e a efectuar nova integração noutra instituição;

➤ Aumento dos níveis de cansaço, ansiedade e stress dos enfermeiros dos quadros, porque andam permanentemente a integrar novos colegas no serviço, não sabem até quando está garantida a presença destes jovens colegas e quando correm cessações de contratos são eles que têm que assegurar os serviços.

➤ A carência, a precariedade e o aumento dos ritmos de trabalho dos enfermeiros, associados a um maior número de tarefas de cariz administrativo e a tentativa de subordinação dos cuidados de enfermagem aos médicos, têm promovido níveis crescentes de desmotivação e insatisfação dos enfermeiros. Apenas o grande sentido de responsabilidade e dever ético tem impedido uma maior deterioração dos serviços e dos cuidados aos utentes.

Esta é a actualidade política da actividade de enfermagem na perspectiva do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP), declarada em reunião com o governo vigente em 2005.

Face à estratégia liberalizadora / privatizadora dos Serviços Públicos com que estamos confrontados, à escala Europeia e mesmo Mundial, a Organização “Iniciativa pelos Serviços Públicos” (estrutura que integra várias associações e organizações sociais e sindicais, inclusive o SEP) organizou um Fórum Internacional subordinado ao tema “Serviços Públicos – Motor de uma Sociedade desenvolvida e democrática”.

Este fórum realizou-se em Lisboa, no dia 18 de Março de 2005 e participaram diversas personalidades e organizações nacionais e estrangeiras, das quais se destacaram: O Sindicato Britânico dos Serviços Públicos (UNISON); A União dos Sindicatos Polacos (OPZZ); Confederação Geral do Trabalho – França (CGT); Confederação Intersindical Galegas; Federação Grega dos Trabalhadores dos Hospitais Públicos (POEDHM) e Federação dos Trabalhadores da Função Pública da Grécia. Todos são unânimes em afirmar que introduzir critérios de lucro na gestão das instituições prestadoras de cuidados de saúde não são uma boa política pois “*a saúde dos portugueses não é nem pode ser uma mercearia*”.

O actual programa de governo visa diminuir, em pelo menos 75 mil efectivos, o pessoal da administração pública e esse pessoal integra os enfermeiros o que parece um contra-senso quando os números indicam que há falta de enfermeiros. Essa restrição impede a fixação dos novos enfermeiros ainda mais que a reforma dos enfermeiros passou dos 57 anos de idade e 35 de serviço (pelo decreto/lei 437/91 de 8 de Novembro) para os 65 de idade e 40 de serviço (legislação que se prevê entrar em vigor no início de 2006). São as novas políticas sociais de combate à pobreza para um sistema de Segurança Social sustentável a longo prazo. Para minimizar as consequências do envelhecimento o governo assume a responsabilidade de “no âmbito da apresentação do Orçamento de Estado para 2006, e no cumprimento da Lei de Bases da Segurança Social, proceder a uma avaliação concreta e tecnicamente fundamentada das novas medidas a adoptar, em ordem a reforçar a sustentabilidade financeira do sistema de protecção social. Pretende garantir o direito ao trabalho para todos os trabalhadores, particularmente os mais velhos, muitas vezes afastados precocemente da sua actividade profissional. Em nome de mais emprego e mais produtividade, o caminho é o **envelhecimento activo**. Assim:

➤ Serão adoptadas medidas que contribuem para favorecer a permanência dos trabalhadores mais idosos nos seus postos de trabalho aproveitando as vantagens decorrentes da sua experiência e minimizar os custos para a comunidade da antecipação da idade da reforma;

➤ Neste quadro, é condição essencial que a idade da reforma vá acompanhando a evolução da esperança de vida;

➤ Uniformizar-se-ão, ainda, progressivamente, os diversos regimes de protecção social (Segurança Social, CGA, etc.) nomeadamente no que respeita à idade da reforma. O governo assume o compromisso de que todos os funcionários públicos passem a integrar o Regime Geral de Segurança Social (Programa do Governo para 2005).

A enfermagem tal como as outras actividades da Função Pública fica integrada no regime geral com alteração na idade da reforma que passa assim dos 57 anos de idade com 30 anos de serviço (que consta no Decreto/lei 437 de 8 de Novembro de 1991), para os 65 anos de idade previstas para o início de 2006.

Tudo isto, constitui uma preocupação noutros cantos do globo, na Austrália foi feito um estudo que envolvia três grupos etários de enfermeiros, respectivamente um dos 50 aos 55 de idade e outro dos 56 aos 60 e o terceiro dos 61 aos 65 anos. Pretendia analisar a

perda de enfermeiros em diferentes idades, ou melhor, determinar o impacto das diferentes idades da retirada da mão-de-obra. Os autores Brien Pallas e Duffield publicam os resultados num artigo do Journal of Nursing Administração em Junho de 2004 onde concluem que adiar a idade da reforma dos enfermeiros aumenta significativamente o potencial humano, não só em números absolutos como em termos de experiência e sabedoria. Contudo a retenção desta porção de mão-de-obra requer diferentes estratégias para os novos jovens e velhos membros. Os diferentes segmentos de mão-de-obra de enfermagem requerem que a administração tenha também diferentes abordagens de trabalho e diferente distribuição mesmo.

*“However, retention of this portion of de workforce may require different strategies than for younger members of de workforce. The needs of this segment of the nursing workforce may require nurse administrators to consider different approaches to nursing work and work allocation”*

Pallas e Duffield, 2004

A aproximação destes actores sociais, procurando obter uma visão sociológica dos seus papéis na sociedade local, certamente nos permitem definir melhor o que é mais correcto se por um lado retirá-los aos 57 anos do mercado de trabalho, se por outro lado atrasar a sua saída e quais as melhores estratégias com benefícios individuais e colectivos, nomeadamente para o Fundo Nacional de Pensões.

### **3.5- A PARTICULARIDADE DOS ENFERMEIROS DO HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA**

#### **3.5.1 – Aspectos metodológicos**

O actual envelhecimento demográfico, a sustentabilidade dos sistemas de reforma e a carência de enfermeiros, abordadas anteriormente, são consideradas um problema social pois são algo que afecta um número significativo de pessoas, de modo a ser considerado indesejável e sente-se que algo pode ser feito através da acção social colectiva (Horton & Lee, citado por Ramos 2004).

Como já constatamos o problema do envelhecimento da população (cada vez se trabalha menos anos e se vive mais tempo, com a sobrecarga dos inactivos sobre os activos aumenta) é um problema contemporâneo que preocupa instituições como o Sistema Nacional de Saúde, o Sistema Geral de Pensões, o Estado e as organizações internacionais como a OMS e UNESCO.

Transpondo estas premissas para o campo mais específico dos reformados da actividade de enfermagem, levanta-se a seguinte questão:

➤ **O que pretendem os enfermeiros do Hospital do Espírito Santo de Évora fazer quando atingem a idade da reforma, descansar ou iniciar uma segunda carreira?**

Este tipo de investigação é pertinente, uma vez que diariamente como enfermeira ouço as enfermeiras veteranas contarem os anos e os meses para a reforma com ansiedade e comentarem:

- *“Ainda bem que só já faltam... meses ou anos para me reformar.”*

Mas será que a realidade depois se apresenta diferente?

Será que a alteração da idade da reforma altera os seus projectos?

Será a enfermagem um posto de trabalho compatível com as capacidades dos enfermeiros anteriormente reformados? Pois várias vezes tive oportunidade de encontrar enfermeiras recentemente reformadas a exercer a actividade de enfermagem noutras instituições.

É bom que antevejamos hoje no presente o que o futuro nos reserva para que programemos atempadamente as nossas reformas. A reforma não se improvisa, prevê-se e prepara-se (Bize, Vallier, 1985).

No capítulo da metodologia apresento o modelo de análise do estudo. Uma proposição epistemológica importante é que os produtos ou conhecimentos resultados de uma prática científica são determinados directamente por as condições teóricas da produção científica e indirectamente pelas condições sociais dessa produção (Almeida, Pinto 1995).

A metodologia é o conjunto de directrizes que orientam a investigação científica (Hebert, 1990:15).

Constitui uma premissa o facto:

- A reforma é um momento de crise na vida de uma pessoa, incluindo o enfermeiro (a), que pode ser resolvido maneiras diferentes.

É um estudo **dedutivo** uma vez que tem como função explicar e precisar conteúdos das premissas, determinando a capacidade das mesmas sustentarem de forma incondicional as conclusões que delas emanaram, permitindo a partir daí, concluir pela sua veracidade ou falsidade. Tem o propósito conferir uma explicação lógica a algo que assume determinadas características particulares (como pode ser o caso da enfermagem), (Lakatos & Marconi, 1992).

Um estudo dedutivo tem sempre uma **componente indutiva**, pois a componente qualitativa é por sua natureza indutiva (Merriam, 1988; Creswell, 1994).

Para que um trabalho de investigação avance é importante escolher a direcção a percorrer começando por a escolha das hipóteses. Pois segundo Quivy a organização dum investigação em torno das hipóteses constitui a melhor forma de conduzir com ordem e rigor, sem por isso sacrificar o espírito da descoberta e de curiosidade que caracteriza qualquer esforço intelectual digno desse nome.

O estudo que pretendemos fazer é um tema explorado para a reforma de uma maneira geral mas não está explorado na especificidade da actividade da enfermagem em Portugal, tornando difícil formular hipóteses precisas e operacionais (Gil, 1989) Por este motivo limitamo-nos a formular hipóteses interrogativa de natureza casuística (Fortin:103).

Assim as **hipóteses** de trabalho são:

- Será que o significado atribuído à reforma condiciona as actividades na reforma?
- Será que na profissão de enfermagem a passagem para a idade da reforma significa a passagem para a segunda carreira profissional?

- Será que as características da profissão de enfermagem condicionam a alteração da idade da reforma dos 57 para os 65 anos de idade?

Com este estudo pretendemos como **objectivo geral**:

- ↪ Analisar expectativas dos enfermeiros em relação à reforma.

Como **objectivos específicos** proponho:

- Saber a opinião dos enfermeiros sobre a idade ideal para a reforma
- Conhecer o significado de reforma para os enfermeiros.
- Identificar as diferenças nos projectos de vida em função da idade da reforma
- Saber se as intenções dos enfermeiros para a reforma, são parar a actividade de enfermagem ou se pelo contrário pretendem continuar a desenvolver actividades nesse âmbito;

A **unidade de análise** para este estudo é constituída por todos os enfermeiros com idade superior ou igual a 50 anos do Hospital do Espírito Santo de Évora, (enfermeiros na pré-reforma do actual regime de pensões) que corresponde a 74 enfermeiros.

O Hospital do Espírito Santo de Évora possui neste momento um total de 446 enfermeiros (as), 58 do sexo masculino e 388 do sexo feminino.

- Nos últimos oito anos reformaram-se um total de 46 enfermeiros (as), cuja distribuição numérica por ano apresento no quadro seguinte:

**Quadro 18 - Distribuição dos (as) enfermeiros (as) de 1997 a 2004 no HESE.**

Ano	Enfermeiros (as) Reformados (as)
1997	8
1998	5
1999	2
2000	2
2001	7
2002	7
2003	11
2004	4

Fonte: Secção de pessoal do HESE

De acordo com as perguntas de investigação “o que, qual ou quais” é criado um enfoque contemporâneo, um estudo explanatório analítico que parte de hipóteses interrogativas anteriormente descritas.

Deste modo optou-se por uma **metodologia quantitativa com componente qualitativa** (num único instrumento de recolha com uma parte quantitativa e outra qualitativa).

KOIZUMI (1992) refere que há diferentes tipos de triangulação metodológica dentro do método e entre outros métodos. A primeira, envolve várias formas de obtenção de um mesmo tipo de dados, a segunda tem um nível de complexidade maior, os métodos qualitativos e quantitativos de colheitas de dados são usados combinados dentro do mesmo estudo.

Os **instrumentos utilizados na recolha de dados** deverão “*ser correctamente utilizados, isto é adequados aos fins do estudo*”( Lima 2000:23). Lima refere ainda que a natureza da informação pretendida condiciona as opções metodológicas e tecnológicas a fazer (Lima 2000:23).

O método eleito foi o **questionário** com primeiro bloco (correspondente a caracterização dos inquiridos) quantitativo por representar “... *a intenção de garantir a precisão dos resultados, evita distorções de análise e interpretação, possibilitando, consequentemente uma mensagem de segurança quanto as inferências.*” Richardson (1989:29)

Utilizou-se a abordagem qualitativa no segundo e terceiro bloco do questionário para analisar as questões abertas que o constituem. Quivy e Campenhoudt (1982) consideram que os métodos qualitativos tentam captar os fenómenos de uma forma holista, contribuindo assim para compreensão dos fenómenos inseridos nos seus contextos.

Alguns autores citados por Bogdan (1994), entre eles Cronbach [et al.] (1980), Miles e Huberman (1984) e Reichardt e Cook (1974) utilizam as duas abordagens conjuntamente, e reconhecem a complexidade dos métodos qualitativos e quantitativos pois geram diferentes tipos de conhecimentos para as ciências sociais e enriquece o corpo teórico específico da enfermagem.

A escolha das duas abordagens conjuntamente, deve-se ao facto de concordar com os autores quando referem que as abordagens quantitativas e qualitativas compartilham metas comuns na pesquisa, ou seja, a compreensão do mundo em que vivemos. Considerando esta meta, *“...a adopção de cada uma das abordagens pode ser reconhecida complementarmente...”* Koizumi (1992:46)

Relativamente ao tipo de estudo, Witt (1981:20) diz-nos que *“...geralmente o objectivo da investigação constitui o factor singular mais importante para caracterizar o tipo de pesquisa a ser idealmente desenvolvida...existem vários tipos de pesquisa, cada qual mais apropriado para o estudo de um problema particular.”*

O modo de conceptualização na forma como desenvolvemos um estudo torna-o uma pesquisa **descritiva, analítica, transversal e exploratória**. Trata-se de um estudo descritivo já que, de acordo com Gil (1989:45) *“...tem como objectivo principal a descrição das características de determinado população ou fenómeno, ou então estabelecimento de relação entre variáveis.”* A sua componente analítica pretende observar as relações entre os factores associados ao fenómeno em estudo. Consideramos um estudo transversal, na medida em que *“... os dados são colhidos no tempo, com base numa amostra seleccionada para descrever uma população nesse determinado momento.”* Richardson (1989:29). Será ainda exploratório, na medida em que se pode desenvolver, esclarecer e até modificar ideias e conceitos (sobre esta actividade), que de acordo com Gil (1989), permite formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Segundo o mesmo autor, a pesquisa exploratória é uma investigação aberta, desenvolvida com o objectivo de proporcionar uma visão geral de determinado facto. Para Polit e Hunguer (1993), esta pesquisa procura explorar as dimensões do fenómeno em causa, a forma como ele se manifesta e os factores que com ele se relacionam.

Durante a realização deste estudo tive em consideração aspectos ética nomeadamente o pedido de autorização prévia ao Conselho de Administração do Hospital, através de uma carta formal (Anexo I) e a garantia do anonimato no que se refere aos sujeitos em estudo.

Visando a colheita de dados susceptível de fornecer a informação necessária para este estudo, utilizei como instrumento de colheita de dados o **questionário**. Segundo Gil (1989:1224) “...*pode-se definir questionário como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo como objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos interesses, expectativas e situações vivenciadas.*”

Segundo Fortin (1996:72) o questionário é um instrumento que permite colher informações junto dos participantes “...*relativas a factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, as expectativas e as atitudes*”.

A escolha do questionário deve-se ao facto de, tal como Polit e Hungler (1991) ter a vantagem de garantir o anonimato, não haver tendenciosidades nas respostas, um menor custo e menos tempo dispendido por o investigador.

O **instrumento de colheita de dados** (Anexo II) foi elaborado com base na pesquisa bibliográfica e atendendo aos objectivos, contem nota introdutória explicativa dos objectivos aos inquiridos.

Assim, no que respeita à estrutura do questionário, este é constituído por quatro partes essenciais:

- **Parte I** – Caracterização da população
- **Parte II** – Experiência profissional
- **Parte III** – Significado de Reforma
- **Parte IV** – Expectativas para a Reforma

A primeira parte do questionário destina-se a caracterizar a população deste estudo, e é constituída por cinco questões, sendo três de resposta fechada (Q1,Q2,Q3) e duas mistas (Q4,Q5).

A segunda parte permite caracterizar a amostra relativamente à experiência profissional. É constituída, por três questões, duas mistas (Q6,Q7) e uma fechada (Q8).

A terceira parte entra directamente na problemática e é composta por uma questão aberta (Q9) que consideram a opinião dos inquiridos quanto a adequada idade da reforma, sua justificação e o significado de reforma.

A quarta e última parte, também directamente inserida na problemática é constituída por duas questões abertas (Q10,Q11). A primeira que considera a opinião dos inquiridos quanto a adequada idade da reforma e sua justificação, e a segunda que descreve as intenções quanto à actividade para essa época da vida.

No sentido de facilitar o processamento informático dos dados, as perguntas fechadas e mistas foram previamente codificadas e as perguntas abertas foram posteriormente transformadas para o **tratamento dos dados**.

No que respeita à validade, realizamos o pré-teste com o objectivo de testar a operacionalidade do instrumento de colheita de dados, pois segundo Gil (1989:132), a finalidade do pré teste é "...evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário tais como: complexidade das questões, imprecisões na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão...".

Quvy e Campenhoudt (1982), referem ainda que este procedimento consiste na aplicação do instrumento de colheita de dados a um pequeno grupo pessoas não pertencentes ao grupo que compõe a amostra mas que possuem as mesmas características, com o objectivo de testar a sua clareza e precisão...

Deste modo o pré-teste foi efectuado a 10 enfermeiros do serviço de Neonatologia e Obstetrícia da mesma instituição, com idades entre os 45 e 50 anos portanto com características semelhantes aos inquiridos.

Foi feita a sua aplicação na primeira quinzena de Julho, após a prévia autorização do Conselho de Administração do H.E.S.E.

Após testar o instrumento de colheita de dados, verificamos não ser necessário proceder a alterações pois não se registaram duvidas no seu preenchimento.

Os questionários de aplicação indirecta foram entregues na segunda quinzena de Julho, às Enfermeiras Chefes de cada serviço, que se responsabilizaram pela entrega, recolha e esclarecimentos. Alguns foram entregues directamente por as enfermeiras a inquirir se encontrarem casualmente no serviço.

A recolha decorreu em Agosto e início de Setembro e de retorno tivemos 65 questionários.

Na abordagem quantitativa o tratamento dos dados foi feito informaticamente utilizando o programa Microsoft Excel e os resultados obtidos apresentados em tabelas, quadros e gráficos de distribuição das frequências.

Na abordagem qualitativa a análise de conteúdo foi utilizada para o tratamento da informação. Esta é a técnica mais utilizada em ciências sociais humanas, tendo em vista a apreensão da realidade em estudo, procurando assim definir as diferentes categorias que no seu todo constituem as mensagens e os indicadores que por seu lado as caracterizam.

Para Bardin (1991:42) a análise de conteúdo é “...um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

No início da análise e interpretação dos dados, os questionários foram previamente numerados, de forma aleatória. Começamos com a leitura das três questões abertas em todos os questionários, com a finalidade de estabelecer contacto com o documento, analisar e conhecer os núcleos de sentido. Desta forma obtivemos o “*corpus*” do nosso estudo, que de acordo com Bardin (1991) é o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

Após reler as respostas abertas dos questionários, procedemos à identificação das categorias, através dos temas que sobressaem das frases. Hogenraad (1984) citado por

Vala (1990:110) define uma categoria “...como um certo numero de sinais da linguagem que representam uma variável na teoria do analista.”

Segundo Bardin (1991:117) “...a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto... O critério da categorização pode ser semântico (categoria temática: por exemplo, todos os temas que significam ansiedade, ficam agrupados na categoria “ansiedade”, enquanto que os que significam descontração, ficam agrupados sobre o título “descontração”) ...”

Neste sentido posteriormente, englobamos as frases com conteúdo semântico, encontrando-se assim as subcategorias que se enquadravam na área temática a estudar.

“...a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria.” Vala (1990:111)

Com base no nosso modelo de análise construímos uma matriz de codificação global (Anexo III), tendo sido atribuídos códigos às categorias e subcategorias.

Neste estudo a organização dos conjuntos de categorias foi feito a posteriori, partindo da criação de áreas temáticas prévias, baseadas numa estrutura teórica e pesquisa bibliográfica que realizamos.

Criamos grelhas de análise (Anexo III) onde foram transcritos excertos das repostas às perguntas abertas, seleccionados previamente nos questionários.

Por fim, foi criado um quadro síntese (Anexo III) como objectivo de encontrar a relação entre categorias, subcategorias e frequências por subcategorias.

No decorrer da análise de conteúdo procuramos que estivessem presentes as qualidades das “boas”categorias referidas por Bardin (1991:119-120) a produtividade que são: “a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objectividade, a fidelidade e, por fim, a produtividade.”

### 3.5.2-Characterização da Instituição (Hospital do Espírito Santo de Évora)



Fonte: <http://www.aralentejo.pt/ARS.htm>

**Figura 6** - Hospital do Espírito Santo de Évora.

O hospital do Espírito Santo de Évora tem origens remotas (fundado em 1496). É constituído por um edifício quinhentista de estrutura forte e altiva, obrigado a crescer por outras estruturas anexas para dar resposta ao crescimento populacional.

Os primeiras duas estruturas acrescentadas e com ligação à antiga foram construídas e entraram em funcionamento em 1975.

Há poucos anos foi integrado à sua tutela outro edifício (Hospital do Patrocínio) cuja separação é feita por uma avenida. Inicialmente em 1953 planeado como edifício anti-canceroso só veio a ser terminada a obra na década de 90 e inaugurada em 1998.

Acompanhado pela Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, tem a oferta permanente de pessoal de enfermagem jovem para o qual não consegue dar resposta. Todos os anos são formados enfermeiros que não tem emprego na região partindo assim para outras regiões.

Os serviços que integra são, no **edifício do Espírito Santo**:

- Piso 0:
  - Armazéns e Oficinas
- Piso1 Zona Nova:

- Consultas de Otorrino, Oftalmologia e Estomatologia, Pequenas cirurgias, Hemoterapia, Imagiologia, Laboratório de Análises Clínicas, Urgência geral, Urgência de Pediatria,
- Piso 1 Zona Velha:
  - Fisioterapia, Farmácia, Biblioteca, Bar, Refeitório, Cozinha desactivada, Contabilidade, Secretaria, Capela, Sala de Reuniões e Portarias.
- Piso 2 Zona Nova:
  - Bloco Operatório, Cuidados Intensivos, Cirurgias, Central de Esterilização.
- Piso 2 Zona Velha:
  - Exames Especiais, Direcção de Enfermagem, Administração, Secção de Pessoal
- Piso 3 Zona Nova:
  - Obstetrícia, Ginecologia, Cirurgia e Neonatologia.
- Piso 4 Zona Nova:
  - Ortopedia, Cardiologia e Cirurgia.
- Piso 5 Zona Nova:
  - Pediatria e Especialidades Cirúrgicas.

**Anexos:**

- 1-Hemodiálise e Consultas de Urgência do Centro de Saúde (CUSE) no primeiro piso, Saúde Ocupacional no segundo piso,
- 2-Lavandaria
- 3- Oficinas
- 4-Escola de Enfermagem S. João de Deus
- 5- Parque de Estacionamento e Aeródromo
- 6- Incineração Desactivada
- 7- Casa mortuária e Anatomia Patológica

**Edifício do Hospital do Patrocínio:**

- Piso 0 – Arquivos
- Piso 1 – Consultas Externas, Consultas de Pediatria, Sala de Espera, Bar, Quimioterapia
- Piso 2 – Serviço Social, Especialidades Médicas.
- Piso 3 – Departamento de Formação, Medicina 1.
- Piso 4 – Medicina 2.

**Quadro 19 - Recursos Humanos do HESE em 2003.**

	<b>Número</b>
<b>Médicos</b>	<b>194</b>
<b>Enfermeiros</b>	<b>427</b>
<b>Técnicos de saúde</b>	<b>11</b>
<b>Outro pessoal tec. Sup.</b>	<b>13</b>
<b>Técnico de MCDT</b>	<b>84</b>
<b>Técnico prof. /administrativo</b>	<b>139</b>
<b>Auxiliares de acção médica</b>	<b>216</b>
<b>Outro pessoal</b>	<b>130</b>

**Fonte: Estatísticas da Direcção Geral da Saúde**

Em relação a 2001 há mais um médico e menos 8 enfermeiros. Actualmente (2005) há menos trinta e nove enfermeiros (segundo os dados fornecidos por a secção de pessoal da instituição) pois temos 388. Os serviços prestados encontram-se sintetizados apresentados no quadro seguinte:

**Quadro 20 – Serviços prestados no HESE ano de 2003.**

Total de especialidades											
Lotação		Doentes saídos		Dias de internamento		Taxa de Ocupação		Duração Media		Doentes saídos por cama	
384		12911		103071		73,5		10,1		26,6	
Especialidades médicas											
Lotação		Doentes saídos		Dias de internamento		Taxa de Ocupação		Duração Media		Doentes saídos por cama	
184		3740		51367		78,2		13,7		20,8	
Especialidades cirúrgicas											
Lotação		Doentes saídos		Dias de internamento		Taxa de Ocupação		Duração Media		Doentes saídos por cama	
199		6440		50173		89,1		7,8		32,4	
Consultas externas											
Total		Especialidades Medicas				Especialidades Cirúrgicas					
128106		80674				47532					
Intervenções Cirúrgicas											
Total		Urgentes		Programadas Convencionais		Programadas Ambulatório					
6442		2060		3859		513					
Partos Realizados											
Total		Eutocicos		Distocicos por cesariana		Outros Distocicos					
1640		961		471		208					
Hospital de Dia											
Hemodiálise		Quimioterapia		Psicoterapia		Outros					
Secções	Doentes	Secções	Doentes	Secções	Doentes	Secções	Doentes				
9629	1191	2738	1221	1155	94	3392	484				

Fonte: Estatísticas da Direcção Geral de Saúde

### 3.5.3- Caracterização da População em estudo

Consciente das características individuais de cada profissional, porque nenhum ser é igual apesar de tudo é importante também conhecê-los enquanto grupo inserido num contexto socioprofissional, o enfermeiro portador de uma identidade social contribui para a dinâmica institucional onde está inserido.

No Hospital do Espírito Santo de Évora, trabalham actualmente 446 enfermeiros, 388 (87%) do sexo feminino e 58 do sexo masculino (13%).

Fazem parte do grupo de profissionais existente 74 enfermeiros com idade igual ou superior a cinquenta anos, que constituem 16,6% do total de enfermeiros. Destes, 65 (87,8%) responderam ao questionário e 9 (12,25%) não responderam (Quadro 21).

**Quadro 21** - Distribuição dos enfermeiros inquiridos segundo a Resposta ao questionário.

	Nº	%
<b>Total de Enfermeiros com ≥50 anos</b>	74	100
<b>Responderam</b>	65	87,8
<b>Não responderam</b>	9	12,2

No entanto, as não repostas nem todas foram francas recusas, posso dizer que só duas verbalizaram a recusa (2,7%), os restantes estão de atestado por doença própria ou por doença de familiares (pais e netos) correspondendo a 9,4%.

**Quadro 22** – Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de não respostas

	Nº	%
<b>Atestados</b>	7	9,5
<b>Recusas</b>	2	2,7
<b>Não responderam</b>	9	12,2
<b>Total</b>	74	100

No quadro 23 podemos observar o número de respostas por serviço, assim como, o total de enfermeiros com idade superior ou igual a 50 anos. Podemos constatar que os serviços que tem mais profissionais inquiridos são as Consultas Externas com 10 (dos quais só 8 responderam ao questionário), seguido do serviço de Urgência Geral com 7 e

de Ginecologia e Bloco Operatório ambos com 6. Existem também alguns serviços que não têm pessoas neste grupo etário, como é o caso das Cirurgias, Unidade de Cuidados Intensivos e Imagiologia. Os serviços com maior número de não respostas foram as Consultas Externas e Cardiologia com 2 questionários cada.

**Quadro 23** – Distribuição de inquiridos por **serviços** onde prestam funções.

Serviços	N.º Total de Inquiridos	Responderam	Não responderam
Direcção de enfermagem	1	1	0
Consultas Externas	10	8	2
Consultas de Pediatria	2	1	1
Ginecologia	6	5	1
Urgência Geral	7	6	1
Medicina Piso 5	2	2	0
Medicina Piso 6	4	4	0
Quimioterapia	2	2	0
Exames Especiais	2	2	0
Nefrologia	4	3	1
Saúde Ocupacional	1	1	0
Ortopedia	1	1	0
Urgência de Pediatria	1	1	0
Especialidades Cirúrgicas	4	4	0
Obstetrícia	4	4	0
Fisioterapia	2	2	0
Especialidades Medicas	1	1	0
Bloco Operatório	6	5	1
Neonatologia	4	4	0
Pediatria	1	1	0
Hemoterapia	3	3	0
Cardiologia	4	2	2
Psiquiatria	2	2	0
Cirurgias	0	0	0
Cuidados Intensivos	0	0	0
Imagiologia	0	0	0

Pela análise do quadro 24, verificamos que o sexo feminino, na nossa população, é o mais representativo. Dos 65 enfermeiros que respondem a esta questão, 57 (87,7%) são do sexo feminino e 8 (12,3%) são do sexo masculino. Estes resultados não são surpreendentes, confirmam a característica da profissão de enfermagem, como referimos na revisão bibliográfica por razões históricas. A própria Instituição em relação ao número total de enfermeiros apresenta percentagens semelhantes (13% grupo masculino e 87% feminino).

**Quadro 24 – Distribuição dos enfermeiros segundo o Sexo.**

<b>Sexo</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b> 	57	87,7
<b>Masculino</b> 	8	12,3
<b>Total</b>	65	100

Podemos ainda constatar pela observação do quadro 25, que no Serviço de Urgência Geral (com 4 indivíduos) predominam indivíduos do sexo masculino enquanto que os indivíduos do sexo feminino predominam nos Serviços de Consultas Externas com 7 enfermeiras, Ginecologia e Bloco Operatório com 5 enfermeiras.

**Quadro 25 – Distribuição das enfermeiras por Serviço e Sexo.**

Serviços	N.º de Enfermeiros	Sexo	
		Masculino †	Feminino †
Direcção de enfermagem	1	1	0
Consultas Externas	8	1	7
Consultas de Pediatria	1	0	1
Ginecologia	5	0	5
Urgência Geral	6	4	2
Medicina Piso 5	2	0	2
Medicina Piso 6	4	0	4
Quimioterapia	2	0	2
Exames Especiais	2	0	2
Nefrologia	3	0	3
Saúde Ocupacional	1	0	1
Ortopedia	1	0	1
Urgência de Pediatria	1	0	1
Especialidades Cirúrgicas	4	0	4
Obstetrícia	4	0	4
Fisioterapia	2	1	1
Especialidades Medicas	1	0	1
Bloco Operatório	5	0	5
Neonatologia	4	0	4
Pediatria	1	0	1
Hemoterapia	3	1	2
Cardiologia	2	0	2
Psiquiatria	2	0	2
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>8</b>	<b>57</b>

A idade dos enfermeiros inquiridos distribui-se pelas classes etárias pré-definidas no questionário, como podemos observar no quadro 26. Dos 50 aos 54 anos, 39 (60%) enfermeiros, dos 55 aos 59 anos 23 (35,5%) enfermeiros e dos 60 aos 65 anos, 3 (4,6%) enfermeiros. Verificamos que alguns enfermeiros trabalham com mais de 60 anos, portanto, além da idade da reforma do actual regime.

**Quadro 26 – Distribuição dos enfermeiros segundo a Idade.**

<b>Idade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>50-54</b>	39	60
<b>55-59</b>	23	35,4
<b>60-65</b>	3	4,6
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>100</b>

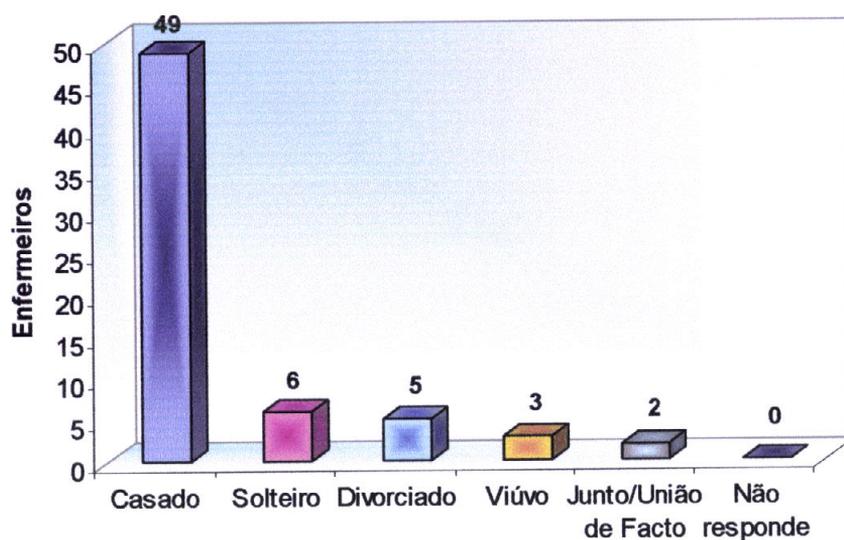
No que se refere à distribuição dos enfermeiros por idade nos serviços representada no quadro verificamos que o grupo etário dos 60 aos 65 anos trabalha exclusivamente no Serviço de Consultas Externas, considerado um dos mais leves em termos de esforço físico, emocional e intelectual segundo a opinião do Sr. Enfermeiro Director desta Instituição. O grupo etário intermédio dos 55 aos 59 predomina nos Serviços de Consultas Externas e Especialidades Cirúrgicas que também tem a característica, de salvo excepções, não necessitar de esforço físico por parte do enfermeiro, uma vez que, interna doentes com problemas oftálmicos e otorrinolaringologia e, muito raramente, doentes de medicina quando não há vagas nesses serviços. Por último, o grupo mais jovem da nossa população, dos 50 aos 54 anos exerce funções maioritariamente em serviços em que o esforço é exigido, como é o caso dos Serviços de Medicina, de Urgência Geral de Ginecologia com 4 elementos cada um e os Serviços de Bloco Operatório e Neonatologia com 3. Todos estrategicamente distribuídos são importantes como transmissores de experiência e conhecimento aos mais novos (Benner, 1995).

**Quadro 27 – Distribuição dos enfermeiros por Idade e Serviços.**

Serviços	N.º de Enfermeiros	Idade		
		50-54	55-59	60-65
Direcção de enfermagem	1	1	0	0
Consultas Externas	8	2	3	3
Consultas de Pediatria	1	0	1	0
Ginecologia	5	4	1	0
Urgência Geral	6	4	2	0
Medicina Piso5	2	1	1	0
Medicina Piso6	4	4	0	0
Quimioterapia	2	0	2	0
Exames Especiais	2	1	1	0
Nefrologia	3	1	2	0
Saúde Ocupacional	1	0	1	0
Ortopedia	1	1	0	0
Urgência de Pediatria	1	1	0	0
Especialidades Cirúrgicas	4	1	3	0
Obstetrícia	4	2	2	0
Fisioterapia	2	1	1	0
Especialidades Medicas	1	1	0	0
Bloco Operatório	5	3	2	0
Neonatologia	4	3	1	0
Pediatria	1	1	0	0
Hemoterapia	3	1	2	0
Cardiologia	2	2	0	0
Psiquiatria	2	2	0	0
<b>Total</b>	<b>65</b>	<b>39</b>	<b>23</b>	<b>3</b>

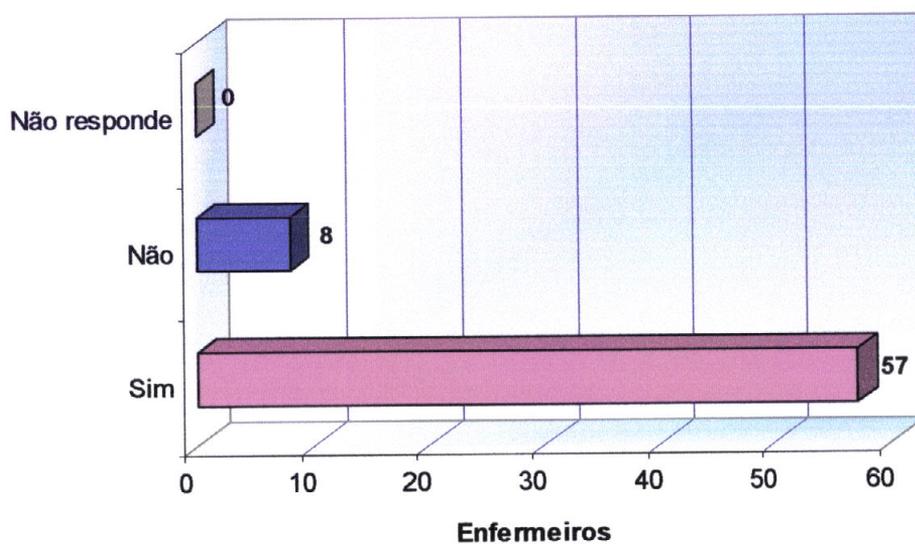
Analisando o gráfico 24 que diz respeito a distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil, verifica-se que a maioria dos enfermeiros da nossa população são casados, mais concretamente 49 enfermeiros (75,4%), seguido do estado de solteiro com 6 (9,2%) e o divorciado com 5 (7,7%), sendo que viúva são 3 (4,6%) e, por último, em união de facto 2 (3,1%).

**Gráfico 24 -Distribuição dos enfermeiros segundo o estado civil.**



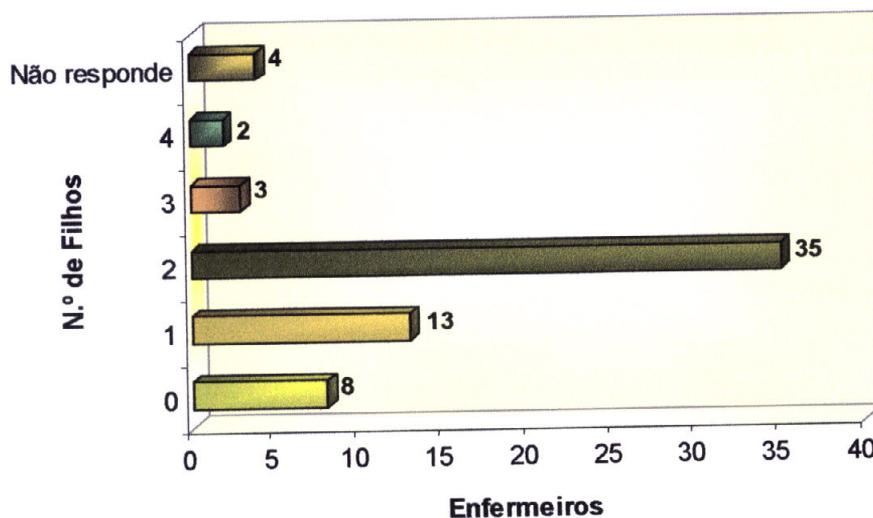
É importante saber se os enfermeiros em estudo tem filhos, embora não seja objectivo correlacionar esta variável com outras. A família e o trabalho são os dois mundos e a família está incluída nos projectos para a reforma. Pela observação do gráfico podemos verificar que 57 enfermeiros (87,7%) têm filhos e 8 (12,3%) não têm.

**Gráfico 25 – Distribuição dos enfermeiros segundo Ter Filhos.**



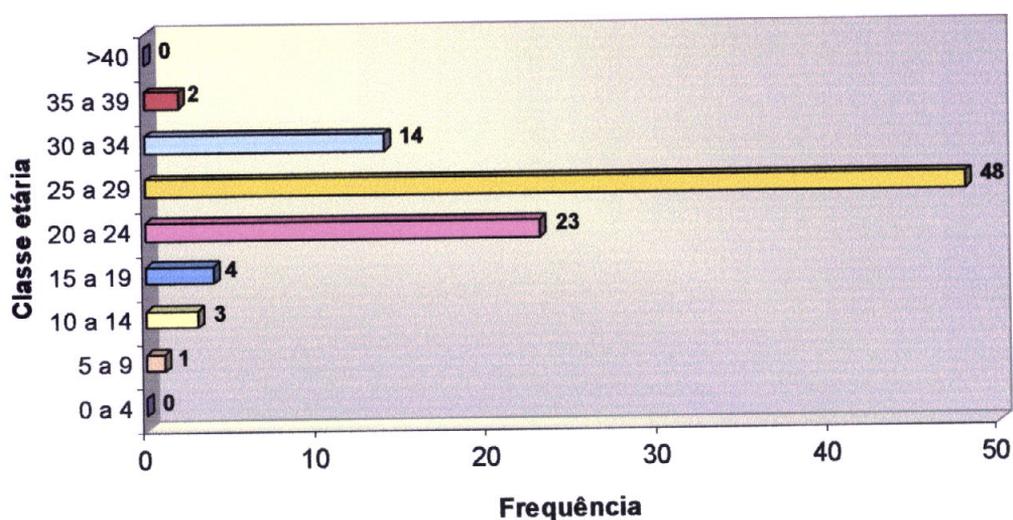
O número de filhos que cada um “deixa no mundo” pode observar-se no Gráfico 26. A maioria tem dois filhos, isto é 35 (53,8%), 13 (20%) tem um filho, 3 (4,6%) tem três e 2 (3,1%) tem quatro.

**Gráfico 26** -Distribuição do número de filhos por enfermeiro.



A idade que os filhos apresentam neste momento pode observar-se no gráfico 27. O leque de idades oscila entre 7 e 37 anos, mas a maior percentagem encontra-se nos grupos dos 20 aos 30. Apresentam no total 48 filhos com idades entre 25 e 29 anos e 23 filhos com idades entre os 20 e 24 anos. Se recordarmos a idade com que hoje os filhos deixam a casa dos pais assinalando a sua independência estarão ainda muitos coabitando e dependendo economicamente destes pais. Tal como refere Gaullier citado anteriormente (pag. 86) “a idade pivot que apoia por vezes três gerações” (filhos, netos e pais).

**Gráfico 27 – Frequência da idade dos filhos dos enfermeiros por classe etária.**

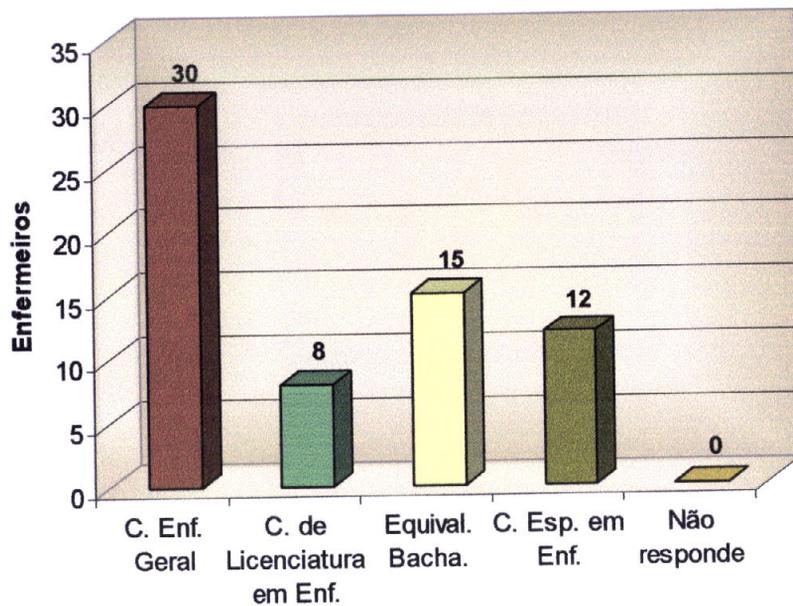


Relativamente às habilitações profissionais dos enfermeiros, pela observação do gráfico 28, verificamos que a maioria constituída por 30 enfermeiros tem o Curso Geral de Enfermagem, 15 possuem equivalência ao Bacharelato, 12 tem um Curso de Especialização e apenas 8 tem o Curso de Licenciatura em Enfermagem. Dos 12 enfermeiros com especializações variadas 10 exercem o cargo de Enfermeiros Chefes, cada um por diferentes serviços, e 1 exerce o cargo de Enfermeiro Director de Enfermagem.

Os 12 enfermeiros que fizeram especialidade especializaram-se em:

- Saúde Materna e Obstétrica (cinco enfermeiros);
- Saúde Infantil e Pediátrica (dois enfermeiros),
- Saúde Comunitária (um enfermeiro),
- Enfermagem Médico Cirúrgica (dois enfermeiros);
- Reabilitação (dois enfermeiros).

**Gráfico 28** – Distribuição das enfermeiras segundo as **Habilitações Profissionais**.

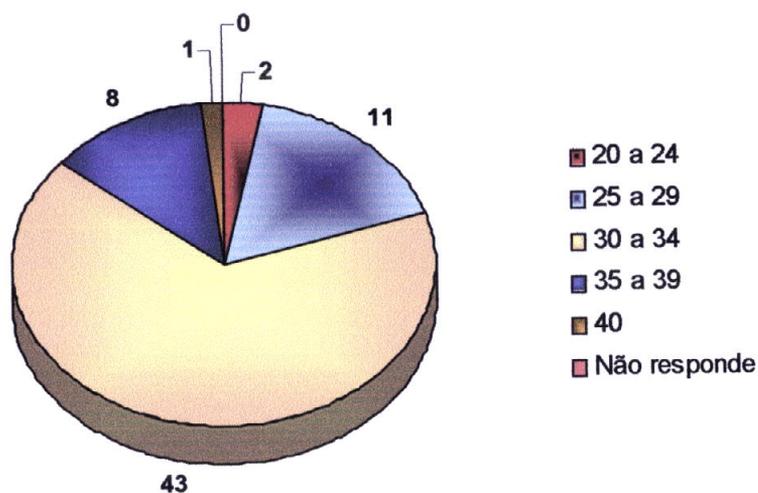


### 3.5.4-Experiência Profissional

O contributo da experiência profissional adquire na profissão de enfermagem um papel importante no processo de aprendizagem.

Segundo Dreyfus, citado por Benner, (1984), a sistematização da actividade transforma a competência melhorando o desempenho. Os muitos anos de desempenho deste grupo certamente os transformam em pessoas experientes importantes na transmissão de conhecimentos aos recém chegados. Segundo Benner (1984) o enfermeiro na sua actividade adquire experiência podendo ir de noviço a perito. O grupo em estudo apresenta-se no gráfico distribuído segundo o **tempo de exercício profissional**. Observamos que o tempo de exercício vai de 22 a 40 anos, que a maioria se centra no intervalo dos 30 a 34 anos com 43 enfermeiros (66,2%), seguido do intervalo dos 25 aos 29 anos com 11 (16,9%) enfermeiros, o intervalo dos 35 aos 39 anos com 8 enfermeiros (12,3%) e os grupos extremos com menor número, entre 20 e 24 anos 2 enfermeiros (3,1%) e 40 e 44 apenas 1 enfermeiro (1,5%).

**Gráfico 29-Distribuição dos enfermeiros segundo o Tempo de Exercício profissional.**



A **permanência prolongada num determinado serviço** permite conhecimentos mais profundos sobre a sua especificidade daí que questionamos qual o serviço onde permaneceram mais anos e quantos. Dessa questão constatou-se que o maior período de tempo num só serviço foi de 34 anos e o menor foi de sete anos, em quase todos os serviços existe um profissional com permanência mais prolongada, pois segundo opinião do senhor Enfermeiro Director, estes são os “*pilares*” do seu funcionamento.

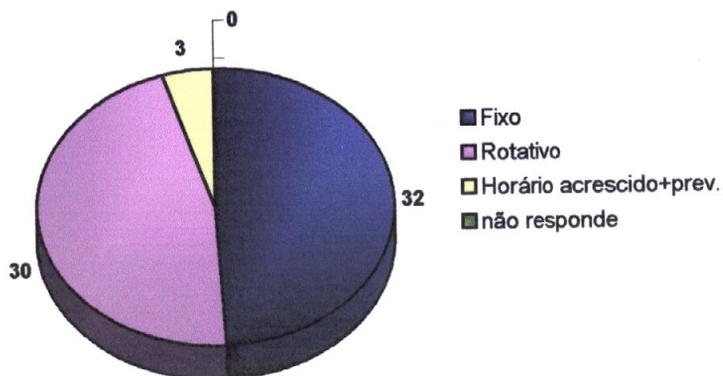
**Quadro 28-Distribuição do maior número de anos de serviço de cada profissional pelo respectivo serviço.**

SERVIÇOS	ANOS
Medicina	10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 18, 19, 21
Ginecologia	17, 18
Direcção de Enfermagem	15
Consultas Externas	15
Quimioterapia	7
Nefrologia	19, 19
Especialidades. Cirúrgicas	15, 15, 18
Hemoterapia	10, 34
Psiquiatria	10, 15
Obstetricia	12, 15, 19, 23, 24, 24, 28, 32
Cirurgia	9, 11, 12, 15, 16, 16, 19, 22
Urgência Geral	9, 11, 15, 17, 17, 20, 29
Pediatria	10, 14, 23, 29
Cardiologia	11, 15, 31
Exames especiais	24
Bloco Operatório	8, 11, 19, 20, 22, 26
Fisioterapia	20
Neonatologia	15, 15

O tipo de horário praticado condiciona o estado de saúde física e psíquica, o trabalho por turnos desregula o relógio biológico, pelo que por lei a partir dos 50 anos de idade

os enfermeiros podem se quiserem requerer horário fixo ou dispensa de trabalho por turnos nos termos do nº7 do artigo 56º do Decreto-lei nº 437/91 de 08/11. O tipo de horário dos nossos inquiridos pode observar-se no Gráfico 30.

**Gráfico 30 – Distribuição dos enfermeiros por tipo de horário.**



Sabemos que há serviços que têm esse tipo de horário ideal, que têm um funcionamento diurno como se pode ver no quadro29. Nesses serviços trabalham aproximadamente um terço da nossa população, ou seja, 20 enfermeiros (30,8%).

**Quadro29 – Distribuição dos enfermeiros por serviços com horário fixo.**

Serviços com Horário Fixo	N.º de Enfermeiros
Consultas Externas	8
Consultas de Pediatria	1
Exames Especiais	2
Hemoterapia	3
Quimioterapia	2
Fisioterapia	2
Saúde Ocupacional	1
Direcção de Enfermagem	1
Total	20

A restante população deste estudo, (excepto a Nefrologia) trabalha nos serviços que funcionam 24 horas, mas como se pode ver no quadro fazem vários tipos de horário, 12 enfermeiros fazem horário fixo, 28 fazem horário rotativo (três turnos, manhã das 8 às 16h30min, tarde das 16h às 24h30min e noite das 24h às 8h30min) e 2 fazem horário rotativo acrescido (horário idêntico ao rotativo acrescido por mais uns turnos). Dos 12 que fazem horário fixo nestes serviços 7 são chefes de serviço só os 5 restantes tem esse tipo de horário recorrendo a protecção legislativa.

**Quadro 30** – Distribuição dos enfermeiros pelo tipo de horário nos serviços que funcionam 24 horas.

Serviços que funcionam 24 horas	Enfermeiros		
	Horário fixo (8h-16h30min)	Horário Rotativo 145 horas/ mês	Horário Rotativo Acrescido 169 horas/mês
Ginecologia	0	5	0
Urgência Geral	0	5	1
Medicinas	1	4	1
Especialidade Cirúrgica	4	0	0
Bloco Operatório	2	3	0
Pediatria	1	0	0
Cardiologia	0	2	0
Urgência de Pediatria	0	1	0
Ortopedia	1	0	0
Obstetrícia	1	3	0
Neonatologia	1	3	0
Especialidades Medicas	1	0	0
Psiquiatria	0	2	0
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>28</b>	<b>2</b>

A **Nefrologia** apresenta um horário diferente, tem dois turnos: manhãs (8h às 16h30min) e tardes (16h às 24h30min) com **horário acrescido e prevenções** nas noites, fins-de-semana e feriados; aí se integram 3 enfermeiros deste estudo.

### 3.5.5-O Significado de reforma para os enfermeiros

O significado que a reforma tem para cada indivíduo, certamente se reflecte nos seus planos para essa etapa da vida. Assim, levantou-se a questão aberta para saber como estes enfermeiros da pré-reforma antevêm o fenómeno que se avizinha.

A reforma é vista como uma **mudança significativa no modo de vida** das pessoas.

O significado que o grupo atribui é idêntico ao referido por Ana Gomes “mudança para melhor”(Gomes, 2005).

As mudanças para melhor são a **disponibilidade de horário:**

*“...deixar de estar sujeito a horários...” (Q5)*

*“Não cumprir horários...gozar fins-de-semana.” (Q17)*

*“...direito adquirido pelos anos de trabalho efectuados”. (Q19)*

*“...com tudo o que se tem direito depois de uma vida de trabalho.” (Q47)*

*“...alívio do trabalho...deixar de cumprir horários...utilizar o tempo da forma que mais me agrada. (Q16)*

*“...é um verdadeiro alívio...” (Q20)*

*“...deixar de ter responsabilidade”. (Q51)*

*“...usufruir de tempo livre.” (Q42)*

Como os mesmos referem:

*“...sinal de uma certa libertação...” (Q10)*

*“...ficar com tempo para fazer o que deixei de fazer durante estes anos.” (Q37)*

*“...ter tempo para mim próprio”. (Q57)*

Como refere Ana Gomes, abrir as portas à realização pessoal e potenciar o bem-estar. Mas a enfermeira Q31 lembra que a:

*“Nova etapa que precisa de integração e adaptação. (Q31)*

*“...reflectir para escolher uma ocupação que se coaduna com os interesses desta idade. (Q40)*

Verificamos assim o interesse por planear a reforma (9 elementos).

*“...actividades que me realizam e que não se fizeram por falta de tempo.” (Q7)*

*“Organizar a vida com a família...” (Q17)*

Segundo Maximilienne Levet(1998), a palavra disponibilidade “namora” com a palavra liberdade. Esta liberdade é não ter compromisso, estar liberto de obrigações, poder dispor do tempo.

A aposentação apresenta, assim, não apenas tempo para si mesmo, mas tempo para preencher com actividades em benefício dos seus pares. E porque, antes de mais, nos lembramos dos que estão próximo, a participação activa no seio da família pode ser muito importante. Aqui assume especial a relação avós/netos, onde tempo, paciência e experiência são mais valias dos reformados no acompanhamento educativo, formativo e emocional e objectivo das crianças. O reforço nos laços de vida dos casais e o afecto na relação com os filhos é mais uma abordagem.

E, assim ficamos a saber que a reforma significa, acima de tudo, o fim, o **fim de uma etapa e início de outra**. Esta definição de reforma foi referida por expressões mais ou menos semelhantes, algumas mesmo muito idênticas, por cerca de 22 enfermeiros, das quais se apresenta algumas, podendo as restantes serem consultadas no anexo... deste trabalho:

*“...fim de uma meta...” (Q12)*

*“Atingir nova etapa.” (Q16)*

*“Fim de uma etapa muito importante na minha vida.” (Q23)*

*“Início e fim de uma etapa.” (Q28)*

*“...fim da principal etapa da vida.” (Q35)*

*“...ter cumprido uma etapa e iniciado outra com tudo o que tem direito” (Q47)*

*“Finalizar uma etapa...” (Q52)*

*“Fim de uma etapa longa...” (Q62)*

Mas significa também o **fim da actividade profissional** referido por onze enfermeiros o que nos reporta à mensagem enunciada por Rapkin e Fischer (1990), que resumindo nos diz que a reforma é a possibilidade de renovação e de continuidade de vida, à

reformulação de um projecto. A reforma pode ser sinónimo de velhice e/ou o fim da vida, e pode ser o início de outro modo de vida.

E mencionado com expressões como:

*“...deixar a actividade profissional”.* (Q1)

*“...cessar a actividade profissional.”* (Q2)

*“Não ter de desenvolver a actividade profissional...”* (Q5)

*...chegar ao final da actividade profissional... (Q8)*

*...acabar o percurso profissional.* (Q14)

*Fim do tempo estabelecido para o exercício profissional.* (Q29)

*...atingir o fim de uma carreira.* (Q60)

Ainda tem o significado de **fim da responsabilidade ou da obrigatoriedade** e de **atingir o cumprimento do dever** enunciado explicitamente por 13 elementos:

*“...fim da obrigatoriedade de cumprir horários...”* (Q8)

*“...com o dever cumprido...já demos a nossa contribuição.”* (Q15)

*“...atingir o dever cumprido.”* (Q26)

*“Termina o trabalho obrigatório.”* (Q44)

*“...ter cumprido os anos de trabalho.”* (Q46)

*“...descansar depois do dever cumprido.”* (Q53)

*“...reunir as condições previstas pela lei.”* (Q64)

Retrocedendo no tempo à geração do Rock n´roll chegou agora à idade da reforma e a geração Flower power é esta dos 50 anos. (Stuart, 1989)

Se nos reportarmos ao passado nacional, os anos quarenta e cinquenta correspondem ao período de fascismo em Portugal, em que os valores vigentes eram os valores da pátria, simbolizado, pela bandeira e pelo o hino nacional. Na família, o modelo era autoritário e patriarcal com divisão de papéis e educação rígida.

Durante o regime Salazarista, em 1967, entrou em vigor o novo código civil com leis de dever e obediência por parte da mulher aos pais e ao marido, chefes de família. (Saraceno, 1998)

O sentimento de cumprimento do dever em relação à sociedade, à pátria ficou marcado com a sua educação e que encontra-se aqui justificado. Esta responsabilidade termina ao atingir a reforma, a recompensa da lealdade.

No entanto, a reforma para outros tem outra dimensão, é um marco que assinala a entrada ou **sinal de velhice**, (ideia comum como verificamos na revisão bibliográfica) como se contacta nas expressões:

*“Arrumar as botas...”* (Q3)

*“...pouco tempo de vida.”* (Q4)

*“...sinal de estar a envelhecer.”* (Q10)

*“...os anos pesam...significa que os anos não perdoam.”* (Q16)

*“...é um processo natural...mas o tempo não perdoa.”* (Q20)

*“...o sentir-se velha depende do espírito de cada um.”* (Q27)

*“Início do fim...”* (Q28)

*“...estar perto do fim.”* (Q46)

Em época de crise económica, como é a actual, a situação para estas pessoas é mais delicada pelos gastos com o sistema de segurança social crescentes e incompatíveis com a manutenção da capacidade produtiva da sociedade como já vimos. Por outro lado, os trabalhadores jovens sentem o seu tempo ameaçado por os mais velhos, que conservam os seus postos de trabalho. É esta situação que alimenta representações negativas que se generalizam. Nos jovens desempregados segundo Pimentel emerge uma ideologia que esquece as qualidades do idoso, como a experiência, o maior conhecimento e a capacidade de transmitir e passam a vê-lo incapaz, lento na execução com faculdades diminuídas (Pimentel:57).

Por outro lado, Stuart diz-nos que *estas forças externas “ influenciam a auto-imagem e até a satisfação com a vida das pessoas mais velhas”* e acrescenta ainda que *“ironicamente as pessoas mais velhas são vitimas das próprias maquinações, pois quando jovens criam os ilógicos estereótipos de envelhecimento que agora as assombra.”* O estereótipo também parece afectar a confiança das pessoas mais velhas, e geralmente *“quanto mais uma pessoa acredita no estereótipo mais baixa é a sua auto-estima”* (Stuart:135).

E esta baixa de auto-estima que os leva a dizer ironicamente que reforma significa “arrumar as botas”.

Apesar de tudo:

*“O sentir-se velho depende do espírito de cada um:” (Q27)*

A **necessidade de fazer projectos** para esta nova fase da vida é reconhecida, ainda mais porque lhe permite **fazer outras coisas**, que até então, estiveram impossibilitadas de fazer.

*“...reflectir para escolher uma ocupação que se coaduna com os interesses desta idade.” (Q40)*

*“Organizar a vida com a família...gozar fins-de-semana e dias festivos...”(Q17)*

*“Utilizar o tempo da forma que mais agrada.” (Q16)*

*“Com capacidade e saúde para outras actividades que não tive tempo enquanto profissional.” (Q11)*

*“Actividades que me realizam e que não se fizeram por falta de tempo.” (Q7)*

*“...desenvolver actividades que até então ficaram em segundo plano...descanso a quem o merece.” (Q30)*

*“...ficar com tempo para fazer o que deixei de fazer durante estes anos.” (Q37)*

*“Fazer escolha para desenvolver as nossas capacidades.” (Q44)*

*“Descansar, deixar de ter responsabilidades e acalmar o stress da doença e de querer dar o pouco que se tem que é a saúde.” (Q51)*

*“...fazer projectos para viver os anos futuros da melhor forma.” (Q52)*

A reforma é verbalização de vários sentimentos que se lhe associam, normalmente projectados no futuro. São **sentimentos de felicidade, de alívio, relaxamento ou descanso e até de um certo gozo**:

*“...felicidade por ter conseguido...” (Q9)*

*“É a felicidade completa.” (Q13)*

*“-...é bom...” (Q6)*

*“Alívio do trabalho.” (Q16)*

*“...é um verdadeiro alívio.” (Q20)*

*“Sentimento de dever cumprido.” (Q19)*

*“...consegui com gosto.” (Q51)*

*“...gozar fins-de-semana.”* (Q17)

*“Tempo para descansar.”* (Q37)

*“...descanso que merece.”* (Q59)

*“...desfrutar do tempo livre.”* (Q32)

*“Usufruir de tempo livre.”* (Q42)

Nas sociedades industriais o tempo é valorizado como um tesouro, o excesso é normalmente saudado com desagrado, indica desemprego ou reforma. (Pimente, 2001)  
Estes sentimentos agradáveis são sublinhados por 20 elementos e apenas 3 referem **saudade e nostalgia em relação ao passado:**

*“...saudade, nostalgia de uma profissão tão intensa como a enfermagem”.*(Q31)

*“...recordações de bons e maus momentos”.* (Q43)

*“...levar saudades dos tempos passados e dos colegas...”* (Q65)

A libertação que pensam alcançar ao atingir a reforma está relacionada com a disponibilidade horária:

*“...deixar de cumprir horários...utilizar o tempo da forma que mais me agrada.”* (Q16)

Este sentimento de libertação verifica-se em 13 expressões (20%) dos inquiridos, aproximadamente um terço:

*“...atingir a liberdade”* (Q58)

A reforma também gera sentimento **gratificante** na medida em que até aqui foram úteis à sociedade:

*“...É gratificante ser útil ajudando os que sofrem.”* (Q32)

*“...consegui os objectivos, trabalhar, sentir-me útil.”* (Q9)

*“...ser útil aos outros...”* (Q21)

*“Passa uma fase da vida muito positiva...”* (Q48)

*“...carreira...que eu segui com gosto e dedicação até ao fim.”* (Q50)

*“...foi bom atingir esta meta.”* (Q61)

Mas os sentimentos de dificuldades reportam-se ao passado, em sua opinião porque:

*“...profissão tão intensa.”* (Q31)

*“...profissão...desgastante.”* (Q32)

*“...é difícil acompanhar a rápida evolução da enfermagem.”* (Q10)

Que exige:

*“...sacrifício físico e emocional destes anos.”* (Q41)

Devido ao:

*“...o stress da doença e de querer dar o que muitas vezes pouco se tem – a saúde.”*  
(Q51)

*“...enfrentar a vida e a morte com o doente.”* (Q58)

Após:

*“...após dolorosa vida de trabalho.”* (Q59)

*“Com momentos mais ou menos difíceis.”* (Q60)

*“...chega de tanto esforço físico e mental...”* (Q63)

Uma referencia idêntica foi feita na revisão bibliográfica (pag.99), segundo a perspectiva do S.E.P., os níveis de stress, cansaço e desgaste e ansiedade têm até aumentado pelo aumento do ritmo do trabalho decorrente da falta de pessoal, do aumento de serviços e sobrecarga horária.

Existem mais diferenças temporais relacionadas com a actividade. Anteriormente há desgaste, sacrifício, com a reforma inicia-se o período de descanso como se pode contactar nas expressões:

*“Poder finalmente descansar.”* (Q54)

*“Ir para casa descansar.”* (Q65)

*“...chega de tanto esforço físico e mental...”* (Q63)

*“...tempo para descansar.”* (Q37)

*“Tempo para descansar.”* (Q45)

*“Poder descansar...descanso que merece.”* (Q53)

*“Alívio do trabalho...”* (Q16)

Pimentel acha mesmo que esta associação mental, quase automática, entre a reforma e o **descanso**, não tem em conta que a passagem súbita ao descanso como condição permanente pode ser mais prejudicial para a sua saúde do que a **actividade** (Pimentel, 2001)

A **utilidade** dos trabalhos prestados à sociedade reporta-se ao passado e tem o seu significado pelas expressões:

*“...feliz por ter conseguido o objectivo de me sentir útil.” (Q9)*

*“...não significa menos valor.” (Q22)*

*“...fui útil à sociedade...” (Q27)*

*“...ser útil aos outros...” (Q32)*

Já Anne Marie Guillemard estudou estes assuntos e constatou o aparecimento da associação de reforma-utilidade social com manifestações nos países em vias de desenvolvimento a partir de 1974 e em nome da utilidade social assiste-se à invasão do voluntariado no entanto sempre houve o modelo reforma-reposo e reforma-recreio com os seus seguidores.

Também nós temos a referência à:

*“...capacidade para voluntariado e ser útil aos outros.” (Q21)*

Pressupondo, ainda, o início de nova jornada em 8 elementos, subentende-se o começo ou **início de nova actividade**, a anterior que sugere o voluntariado e outras como:

*“ idade com capacidade e saúde para desenvolver outras actividades que não teve tempo. (Q11)*

*“...organizar a vida com a família.” (Q17)*

*“...idade com capacidade para voluntariado e ser útil aos outros.” (Q21)*

*“Empreender uma nova etapa para a qual é preciso integração e adaptação.” (Q31)*

*“Significa mudança de actividade...” (Q36)*

*“...dedicar-me mais a família.” (Q37)*

*“...escolher uma ocupação que se coadune com interesses desta idade.” (Q40)*

*“...desenvolver as nossas capacidades.” (Q44)*

Em tudo isto, é de salientar, o confronto entre o passado e o futuro, existe uma separação entre fases do ciclo da vida, com registo de **Início e de Fim**:

*“Fim de uma vida e início de outra...”* (Q4)

Foram 39 elementos que sublinharam este facto (60%). Por outro lado, o confronto entre o **desgaste e o descanso**, também entre a **actividade e inactividade**:

*“Descanso merecido após uma vida de trabalho.”* (Q59)

Registado em 16 respostas.

O confronto entre o passado e o futuro, um passado de **obrigação e responsabilidade** e o oposto no futuro a **liberdade e disponibilidade** demonstrada em 29 respostas (44,6%):

*“Alívio do trabalho...deixar de cumprir horários...utilizar o tempo da forma que nos mais agradar.”* (Q16)

*“...missão cumprida...desfrutar do tempo sem horários a cumprir, ter tempo livre.”* (Q32)

*“...ter tempo para mim própria”* (Q53)

Importa recordarmos, o facto de ser um grupo maioritariamente feminino pois, embora, na sociedade portuguesa, nas últimas décadas, se tenha assistido a uma progressiva e rápida aproximação dos padrões de participação das mulheres e homens no mercado de trabalho, tal evolução não tem sido acompanhada por uma aproximação em termos equivalentes, da participação dos homens no trabalho doméstico, e na prestação de cuidados à família. As mulheres vêem-se confrontadas com *“tempos e temporalidades”* mais complexas (Torns, 1994; Santos,1995), mais estruturadas e mais fragmentadas (Junter, 2000), múltiplas e sobreponíveis (Vaiou e Giorgiou, 1998). Mais complexos na medida em que as mulheres vivem uma forte combinação de trabalho pago e não pago, bem como a própria divisão pouco clara entre trabalho doméstico e de prestação de cuidados, tempo de lazer e tempo pessoal. Uma sequência dessas vidas *“mistas”* têm sido realçadas em diversos estudos, sugerindo que múltiplos papéis socialmente cometidos às mulheres levam a uma compreensão dos seus tempos e/ou à supressão de alguns dos mesmos, como sejam, o tempo de lazer ou o tempo para si próprias (Perista, 1999).

Este aspecto, também já anteriormente abordado na revisão bibliográfica, com base no Inquérito à Ocupação dos Tempos (INE) vem, mais uma vez, testemunhar e clarificar a sua reivindicação de tempo para a família, para lazer e, sobretudo, para ela própria pois, certamente, sempre lhe faltou.

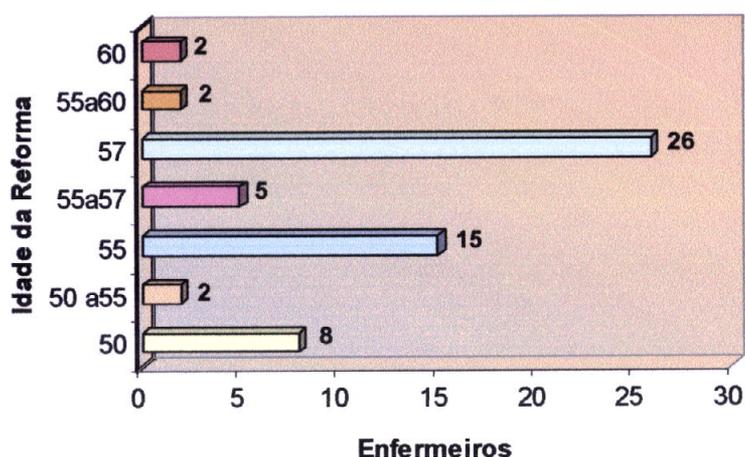
### **3.5.6- A idade ideal para a reforma**

A idade ideal para a reforma é um dos grandes dilemas da actualidade como já tivemos oportunidade de abordar, mas no caso específico dos enfermeiros será que deve ser tratado de igual modo? Será unânime para todas as actividades ou haverá excepções? Esta questão deve ser ponderada e analisada, de certo modo é o que propomos fazer, pois, vamos saber a opinião, devidamente justificada, dos principais intervenientes desta actividade, os enfermeiros desta instituição. Opinião que se pode generalizar, pois não haverá, certamente, grandes diferenças em relação as outras instituições hospitalares da periferia nacional, excepto, talvez, os hospitais centrais de Lisboa e do Porto.

Existe uma relação de dependência entre esta variável e a anterior (significado de reforma) pois, a idade ideal que estabelecem depende muito do significado que lhe atribuem como veremos através das suas justificações.

A idade ideal para a reforma, segundo a opinião destes enfermeiros, pode observar-se na representação gráfica seguinte, dispersa por um leque de idades que vai desde os 50 aos 60 anos de idade. A maioria, constituída por 26 (40%) enfermeiros, concorda com o regime mais antigo, com a idade da reforma aos 57 anos, seguida por 15 (23%) enfermeiros que defendem os 55 anos. Concordam com a idade de 50 anos 8 (12,3%) enfermeiros, com o intervalo dos 50-55, 2 (3%) e com o de 55-57, 5 (7,7%). Por último, dois enfermeiros concordam com o intervalo dos 55-60, e outros 2 (3%) com a idade de 60 anos.

**Gráfico 31 - Distribuição dos enfermeiros segundo *opinião* quanto à *Idade Ideal* para a Reforma.**



É evidente que a maior percentagem se situa entre os 55 e os 57 que somam 70,7% pelas razões que analisamos a seguir.

### A natureza da profissão

Segundo a opinião de 27 inquiridos o desgaste provocado pelo exercício da profissão pesa a favor do não prolongamento da actividade além dos 55/57 anos, como se observa nas respostas:

*“...desgaste físico e psíquico pelo sofrimento assistido.”* (Q3)

*“...é uma profissão desgastante física e psicologicamente...as noites são muito trabalhosas. Descansar de dia não é o mesmo que de noite, as outras pessoas não alteram os seus hábitos para nós poder-mos descansar.”* (Q8)

*“...trabalhar de noite dá um desgaste diferente, dormir durante o dia não garante o descanso necessário.”* (Q11)

*“...profissão de desgaste não só pelo tipo de trabalho mas pelo tipo de horário.”* (Q16)

*“...devido ao desgaste dos serviços, principalmente quem faz horários de rollman.”* (Q27)

*“...a profissão de enfermagem é muito desgastante e exigente.” (Q30)*

*“...a nossa profissão é desgastante devido a horários e responsabilidades, psicologicamente as faculdades vão-se perdendo.” (Q60)*

Outra característica da profissão de enfermagem igualmente justificativa é o **stress e impaciência** que se gera em torno da mesma a que já fizemos referência anteriormente e registada em 6 expressões das quais esta é representativa:

*“Pela acumulação de stress nestes anos a fazer noites e tardes e a lidar com gente doente.” (Q52)*

O **contacto com o sofrimento** é do mesmo modo característica da enfermagem e afecta o enfermeiro física e psicologicamente e foi referido por 11 elementos em análise:

*“...por assistir ao sofrimento a profissão de enfermagem é muito desgastante e exigente.” (Q30)*

*“...cansaço devido ao esforço físico e emocional...” (Q41)*

*“...foram muitas situações que nos marcam ao longo dos anos...” (Q50)*

*“...O sofrimento físico e moral inerente à enfermagem” (Q58)*

Um nível de **desgaste** extremo é outra característica da profissão a ponderar, quase entendido como esgotamento é evidenciado pelas expressões:

*“...não há quem aguente...” (Q4)*

*“...é difícil poder movimentar e posicionar doentes estamos esgotadas.” (Q22)*

*“Quando se trabalha muitos anos por turnos é dose a mais.” (Q24)*

*“...é difícil força e mentalização para mais...” (Q26)*

*“Não há condições...” (Q45)*

*“...com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.” (Q46)*

Por último, uma característica da enfermagem que também se revela em 12 respostas é o **tipo de horário** praticado, especialmente o trabalho por turnos:

*“...desgaste físico e psíquico da profissão e horário...” (Q2)*

*“...trabalhar de noite dá um desgaste diferente, dormir durante o dia não garante o descanso necessário.” (Q11)*

*“...para quem faz roulleman mais de 30 anos é difícil ...estamos esgotadas.” (Q22)*

*“Quando se trabalha muitos anos por turnos é dose a mais.” (Q24)*

*“...a nossa profissão é desgastante devido a horários...” (Q60)*

### **Consequências negativas**

Abordamos as causas da natureza da profissão, mas existem igualmente as consequências negativas provocadas se, se insistir em atrasar a idade da reforma, uma delas é o **desequilíbrio**:

*“Consequente desequilíbrio pessoal/familiar e social.” (Q2)*

E pode mesmo segundo os inquiridos colocar **em risco** o doente e o enfermeiro:

*“Com mais idade mesmo que fisicamente bem duvido que esteja psicologicamente bem para cuidar dos outros.” (Q5)*

*“...ter a vida dos outros nas mãos requer destreza mental e física que se perde ao longo dos anos, é irresponsabilidade dos políticos não assumir isso.” (Q8)*

*“Só até aqui se está em forma para prestar cuidados aos doentes com segurança...” (Q25)*

*“...tendo em conta a exigências físicas e psicológicas da profissão só até aqui é possível um bom desempenho profissional sem riscos para o enfermeiro e doente.” (Q34)*

*“Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.” (Q37)*

*“...mais não é bom para o doente nem para nós...não há paciência nem condições físicas e psíquicas.” (Q46)*

*“A partir desta idade começam a perder faculdades com prejuízo para o trabalho.” (Q48)*

*“...a partir dai as capacidades físicas e psíquicas começam a falhar para tratamento das pessoas física e psicologicamente carenciadas.” (Q51)*

*“...com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência não consegue cuidar com a mesma qualidade.” (Q65)*

Como consequência negativa é ainda enunciada a diminuição ou **falha de capacidades físicas e mentais**, algumas já apresentadas mas que importa rever neste sentido:

*“As capacidades físicas e mentais vão-se perdendo a responsabilidade aumenta...ter a vida dos outros nas mãos requer destreza mental e física que se perde ao longo dos anos...” (Q8)*

*“Cada um tem as suas limitações em tempos diferentes.” (Q18)*

*“...enquanto a pessoa tem alguma capacidade física e mental para tirar proveito do tempo livre...” (Q32)*

*“Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.” (Q37)*

*“A partir desta idade começam a perder faculdades com prejuízo para o trabalho.” (Q48)*

*“...porque as faculdades mentais e físicas vão-se desgastando...” (Q49)*

*“...as faculdades vão-se perdendo.” (Q60)*

Consequências negativas são apontadas ainda a **falta de qualidade de vida** para o enfermeiro com o adiamento da idade da reforma além dos 55/57 anos:

*“...com esta idade só às vezes se tem qualidade de vida.” (Q57)*

Por último ainda a **falta de paciência**:

*“...não há paciência nem condições físicas.” (Q46)*

*“...com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.” (Q61)*

*“...mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência.” (Q65)*

### **Vantagens (recompensa) da reforma aos 55/57 anos**

O facto de não atrasar a idade da reforma além dos 55/57 é entendido como recompensa por toda uma vida de trabalho. É a recompensa de **poder fazer outras coisas** que não tinha feito até então por falta de tempo:

*“...poder ainda fazer coisas que não pude fazer antes.” (Q9)*

*“...e realizar algo que ficou para trás” (Q32)*

*“...tempo de realizar o que por falta de tempo não foi possível realizar.” (Q40)*

*“...poder desfrutar os restantes anos, com saúde em função da família como não pude fazer antes.” (Q43)*

*“...para que possam fazer alguma coisa que não puderam fazer enquanto trabalham.” (Q47)*

*“Depois de tantas noites e fins-de-semana fora da família é tempo de ficar pelo menos com os netos.” (Q53)*

Já Pimentel (2001), referia na sua obra que os idosos são, por um lado, estigmatizados e, por outro lado, tratados como um grupo especial. Usufruem de benefícios e regalias que pode para muitos deles significar sinal de perda de estatuto social. Porém, o período da velhice pode ser encarado de uma forma positiva e com oportunidade de desenvolver actividades ou antigos interesses que o excesso de trabalho não permitiu desenvolver e é esse o interesse dos nossos actores. No entanto, na opinião de outros autores, mesmo quando eles tem planos para o futuro e querem continuar a desenvolver um papel activo na sociedade, logo lhe surgirão barreiras das representações colectivas que alimentam preconceitos e mitos acerca do envelhecimento e das limitações provavelmente associadas (Zal, 1992; Moragas, 1991; Paulino, 1991).

Uma das coisas que pode agora fazer é definida numa palavra **desfrutar**:

*“Talvez dê tempo para gozar e...” (Q15)*

*“Para que possa ainda desfrutar...” (Q30)*

*“Para poder integrar e usufruir da nova condição e preparar com lucidez e capacidade a vida na idade avançada que se avizinha.” (Q31)*

*“Para que a pessoa tenha ainda algumas capacidades físicas e mentais para tirar proveito do tempo livre.” (Q32)*

*“Para poder desfrutar os restantes anos de vida...” (Q43)*

*“Para gozar a saúde que resta.” (Q58)*

Outra recompensa é poder **passear** ou **viajar**:

*“Para desenvolver viagens\_e...” (Q14)*

*“Talvez dê tempo para gozar e passear ...” (Q15)*

*“Para usufruir de algum tempo para descansar e passear.” (Q21)*

Como é óbvio alguns querem **dedicar mais tempo à família**:

*“...e dedicar mais tempo à família.” (Q14)*

*“...poder desfrutar os restantes anos, com saúde em função da família como não pode fazer antes.” (Q43)*

*“Depois de tantas noites e fins-de-semana fora da família é tempo de ficar pelo menos com os netos.” (Q63)*

E ainda como também já ficou claro anteriormente poder de facto **descansar e planear** a reforma:

*“...deve ser recompensado em descaso.” (Q13)*

*“...para usufruir de algum tempo para descansar e passear.” (Q21)*

*“Para poder integrar e usufruir da nova condição e preparar com lucidez e capacidade a vida na “idade avançada que se avizinha.” (Q31)*

*“A incerteza desta meta impede de fazer projectos.” (Q56)*

Alguns enfermeiros entendem que a idade da reforma **depende das capacidades de cada um**, e dos seus interesses, que como se percebe não são iguais, como se pode verificar:

*“...cada um tem as suas limitações em tempos diferentes.” (Q18)*

*“Se a motivação e respeito dos profissionais pelas suas funções tivesse expressão a idade era por opção própria.” (Q20)*

*“...é difícil mentalizarmo-nos para mais.” (Q26)*

*“...antes de faltar a saúde...” (Q29)*

*“Para que a pessoa tenha ainda algumas capacidades físicas e mentais para tirar proveito do tempo livre.” (Q32)*

*“Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções...” (Q37)*

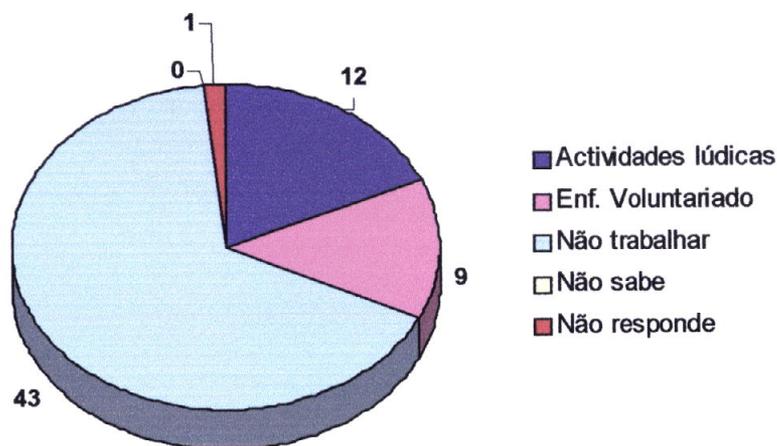
A idade da reforma é um assunto muito delicado deveria ser mais flexível, no entanto, apresenta-se politicamente estanque.

### **3.5.7- A Reforma dos Enfermeiros: tempo de descanso ou segunda carreira**

Com a última questão ficámos com a certeza de que a reforma para os enfermeiros será tempo de descanso, como se podia adivinhar pelo significado que lhe é atribuído.

Para a maioria constituída por 43 enfermeiros (66,1%) é tempo de descanso, pois respondem não pretender exercer qualquer actividade. Há 1 (1,5%) enfermeiro que responde que não sabe, mas 21 enfermeiros (32,3%) estão receptivos à actividade depois da reforma como se pode observar no gráfico.

**Gráfico32 – Distribuição dos enfermeiros por Tipo de Actividade.**



Quando averiguamos qual a actividade que esses 21 enfermeiros pretendiam, no sentido de saber se era uma segunda carreira, deparamos com 9 (13,8%) respostas afirmativas e as restantes 12 (18,5%) com referência a actividades lúdicas.

Assim apenas 9 enfermeiros se resumem à actividade de enfermagem e mesmo essas impondo algumas condições, como a **redução de horário**:

“...em part-time...” (Q1)

“...com horário livre.” (Q3)

“Fazer só algumas horas.” (Q15)

São as **condições de saúde**:

“...voluntariado dependendo da saúde e capacidades...” (Q8)

é o trabalho **noutras vertentes**:

“...voluntariado em várias vertentes sociais.” (Q64)

**Ou em instituições privadas:**

*“...enfermagem numa instituição privada.” (Q23)*

As **actividades lúdicas** correspondem àquelas actividades que até então não realizaram por falta de tempo e através das quais se pretendem *“realizar e libertar*. São actividades como a **pintura**:

*“...pintura...” (Q5)*

*“Ocupar-me ludicamente...a pintar, a escrever...” (Q31)*

*“Actividades lúdicas como pintar...” (Q37)*

**Como os trabalhos manuais:**

*“...trabalhos manuais...” (Q30)*

*“Actividades lúdicas como ...e trabalhos manuais” (Q37).*

*“...trabalhos manuais.” (Q38)*

**A escultura:**

*“Investir fora da enfermagem na escultura...” (Q20)*

**O comercio de roupas:**

*“Pretendo abrir uma loja de roupas.” (Q36)*

**A informática:**

*“Investir fora da enfermagem na...e na informática...” (Q20)*

**E estudar:**

*“Investir fora da enfermagem na... e estudar linguas estrangeiras.” (Q20)*

*“...estudar psicologia e história.” (Q32)*

*“...estudar artes plásticas.” (Q42)*

*“...estudar política.” Q44)*

A inteligência e a capacidade de aprendizagem, desde que exercitadas podem continuar a progredir. São exemplo disso: *“as pessoas que começam a frequentar as universidades e que conseguem frequentar sonhos antigos”* ou descobrir *“novos talentos e interesses.”* Pimentel (2001:61).

# **CONCLUSÃO**

## CONCLUSÃO

Ao redigir esta conclusão tivemos em atenção o conselho de Quivye Campenhaut (1992:237): ter “muito cuidado “ para “apresentar as informações mais úteis aos potenciais leitores”.

Antes, porém, falaremos das dificuldades, limitações e expectativas que se apresentaram no decorrer deste trabalho.

Foram limitações temporais o facto de também fazemos parte da actividade de enfermagem de tal como os inquiridos cumprir-mos as tais horas de trabalho doméstico não remunerado.

O espaço, muitas vezes improvisado, nómada, também dificuldade de isolar do ambiente do “lar”, de ruídos e solicitações familiares e sociais. No entanto, a noite foi boa conselheira.

Penso que o encontro entre a Enfermagem e a Sociologia foi conseguido, pois desde o início foram desenvolvidos esforços nesse sentido.

Ao pretendermos contextualizar o envelhecimento no aspecto demográfico do Mundo, da Europa, do País e do Concelho, e as consequências sociais e familiares que advêm, ficamos conscientes da complexidade deste fenómeno.

Vimos como a situação actual do sistema e a consequência da crise que se começa a sentir a partir da década de 70, levam à apreensão com o elevado número de reformados devido ao grande aumento da esperança de vida, menor taxa de mortalidade e de natalidade que se repercute na relação reformado/activo e com enormes custos em relação aos benefícios do sistema de segurança social, com o crescimento de beneficiários e nível de benefícios, acrescido pelo contexto geral da crise económica, a relação próxima activos e pensionistas leva à ruptura (Pereira 1996).

Ruptura, essa que levou o actual governo a tomar medidas legislativas em “nome de mais emprego e produtividade” a caminho do envelhecimento activo.

A actividade de enfermagem como outras actividades da função pública, até então inserida no regime especial da Caixa Geral de Aposentações, viu assim adiada a idade da reforma dos 57 para os 65 anos.

São objectivos do governo “favorecer a permanência dos trabalhadores mais idosos nos seus postos de trabalho, acompanhar a evolução da esperança de vida e uniformizar os regimes de protecção social”.

Por outro lado, a actividade de enfermagem que adquiriu importantes conquistas laborais em 1974 e foi reconhecida legislativamente até 98, atravessa agora uma fase conturbada.

É mundial a falta de enfermeiros, mas no nosso país é muito evidente, a relação é de 4 enfermeiros para os 10 reconhecidos pela O.M.S como necessários para mil habitantes. No entanto os quadros da função pública devem reduzir-se, logo os enfermeiros estão metidos no mesmo saco, significa não dar lugar aos novos uma vez que se mantêm os mais velhos. Na realidade, no Hospital de Évora os novos enfermeiros têm um contrato de 6 meses, que não se renova. Para isso fazem um contrato com Elvas ou Portalegre, ficando na mesma instituição com um empréstimo fictício. Não têm vínculo, não têm segurança, não têm condições para pôr filhos no mundo, não contribuindo para o aumento da Natalidade. O Hospital precisa deles mas estes não podem fazer parte dos seus números.

A procura por cuidados de saúde aumenta, os enfermeiros são insuficientes e são obrigados a um maior esforço para atender as necessidades.

O nosso estudo descritivo, exploratório e transversal permitiu atingir os objectivos de ficar a conhecer algumas características dos inquiridos, entre os quais o facto de ser constituído por:

- Uma população maioritariamente feminina, 87,7%, como é na actividade em geral;
- 60% tem idade entre os 50-54 anos, cerca de um terço tem idade entre os 55-59 anos e uma percentagem mínima, 4,6%, situa-se entre os 60-65 anos;

- Estão distribuídos estrategicamente pelos serviços, os mais velhos fazem horário fixo, aproximadamente metade (32 elementos) pois por lei a partir dos 50 anos podem requerê-lo. Mas um sexto (12) dos enfermeiros de horário fixo ocupam cargos de chefia, os restantes são os jovens pré-reformados que trabalham horário rotativo sujeitos a esforço físico e mental, mas importantes na integração dos elementos mais novos.

- Na sua maioria são casadas, 75,4%, e já há 4,6% viúvas.
- A maioria, 87,7%, tem filhos e 12,3% não tem.
- Dos inquiridos com filhos, mais de metade (53,8%) têm dois filhos, 20% tem 1 filho e 7,7% tem mais de 2 filhos.
- A idade dos filhos varia entre os 7 e os 37 anos.
- Muitos estarão ainda dependentes destes, uma vez que a entrada no mercado de trabalho é, em média, aos 26 anos.

Poderia ser um aspecto analisado (que não lembramos contemplar no questionário) o facto de existirem ou não existirem pessoas dependentes no agregado familiar (filhos e/ou pais).

As habilitações profissionais são, na sua maioria (46,6%) com o curso geral de enfermagem e especialistas são 12. Desses, 10 correspondem aos chefes de serviço.

O tempo de exercício varia entre os 20 e os 24 anos de serviço, a média é de 32, em que a permanência num só serviço é de 7 a 34 anos, o que tem vantagens em termos de conhecimentos para o serviço em questão.

Pretendemos ainda conhecer o significado da Reforma para a população em estudo. Verificámos que eles sabem que vai ser uma mudança significativa no seu modo de vida, perspectivam uma mudança para melhor (Ana Gomes) e o fim das responsabilidades em especial o fim de cumprir horários, passar a ter regalias que o cidadão comum tem: gozar fins-de-semana e feriados, ter liberdade, descansar, usufruir de tempo livre, etc. ...

É gratificante ter sido útil, ter cumprindo um dever, ser recompensado com descanso, tempo livre para gozar como quiser em proveito da família e dele próprio. Um grupo maioritariamente feminino, não lhe sobrou tempo, existem coisas que sonha poder fazer

ainda que a “*realizam*”. Estamos na época em que o tempo livre é um tesouro procurado e em que o motor da vida é a motivação de trabalhar cumprir o dever para receber tempo livre como recompensa.

Significa estar conscientes das necessidades de “*reflectir e planear as actividades*”.

No entanto à uma pequena minoria para quem ainda significa “*senal de velhice*”, “*arrumar as botas*” e que assinala alguma nostalgia e saudosismo em relação ao passado. Apesar de sentirem dificuldades e desgaste da profissão, stress, sacrificio por “enfrentar a vida e a morte com o doente”.

O significado atribuído à reforma, leva-os a considerar legítima a idade da reforma antes dos 60 mais concretamente entre 55/57 anos. E deve ser nessa idade devido à natureza da profissão, tal como:

- desgaste/esgotamento
- contacto com o sofrimento
- stress e impaciência
- o tipo de horário.

Os enfermeiros consideram que há consequências negativas o facto de trabalhar além dessa idade porque faltam as “*capacidades fisicas e psíquicas*”, “*falta a paciência*”, pode haver “*desequilíbrio pessoal e familiar e social*”, e “*haver riscos para o enfermeiro e para o doente*”:

*“Ter a vida dos outros nas mãos requer destreza mental e fisica que se perde com os anos, é irresponsabilidade dos governos não assumirem isso.” Q8*

A reforma mais cedo tem vantagens que coincidem com o significado atribuído e que voltam a referir:

- Poder gozar, desfrutar, tirar proveito do tempo de livre, descansar, planear, fazer as coisas que não puderam fazer antes, como viajar, passear.

Mas essa idade pode ser flexível dependendo da capacidade e interesse de cada um, ser uma opção própria porque há alguns que tem falta de motivação para mais:

*“É difícil mentalizar-nos para mais” Q26*

E outras que podem fazer voluntariado:

*“...voluntariamente fazer algumas horas para estar entretida.”Q8*

O significado atribuído à reforma condiciona os seus planos para essa nova etapa, relacionados com as actividades a desenvolver.

A resposta à hipótese:

- Será na profissão de enfermagem a passagem para a idade da reforma significa a passagem para a segunda carreira?

É tempo de descanso para a maioria constituída por 43 (66,1%) enfermeiros. Mas 21 (32%) enfermeiros referem a intenção de desenvolver actividades, mas feita a análise detalhada dessas actividades só 9 (13,8%) elementos referem a enfermagem como segunda carreira os restantes 12 (18,5%) escolhem actividades lúdicas. As actividades lúdicas que escolhem para atingir a realização e plena liberdade são:

- Pintura;
- Escrever;
- Trabalhos manuais;
- Escultura;
- Testeis;
- Informática;
- Estudar.

Voltar a exercer a profissão de enfermagem, para as 9 só com algumas condições, como a redução e liberdade de horário, ser noutras vertentes, ser em instituições privadas (provavelmente relacionando com as dificuldades presentes da função pública) e dependendo da saúde e capacidades do momento.

Os enfermeiros não encontram motivação para continuar:

*“...devido à descaracterização das instituições de saúde e retrocesso do exercício da enfermagem, nomeadamente o espaço de intervenção, adulteração dos princípios e valores não há motivação e a reforma é um alívio.”Q20*

É a pressão contra o aumento da necessidade de cuidados, é a desvalorização profissional (referida anteriormente por Guadalupe Simões Directora do S.E.P. na

pagina 113) quer da sociedade que agride o pessoal de enfermagem como revolta contra o sistema e o governo que tira regalias ganhas durante anos. A desmotivação é a perda do tesouro quase atingido – o tempo livre.

Quando há dois anos se incentivava a antecipação da reforma os ventos mudaram de direcção e os profissionais ficam desorientados. Não sabem que planos fazer nem quando fazer:

*“A incerteza dessa meta impede-nos de fazer projectos...”Q57*

Cada instituição e os respectivos gestores devem conhecer os interesses, opiniões, e limitações para planear a pré-reforma e a reforma.

Uma das conclusões que tiramos deste estudo é que não é só a reforma que tem que ser planeada mas a pré-reforma também.

Com o adiamento da reforma alguns indivíduos terão que conviver na sua actividade com algumas limitações que depende duma gestão organizada que considera a escolha das tarefas que melhor se ajustam a cada situação.

Então essa tarefa deveria ser feita pelos gestores em coordenação com o serviços de saúde ocupacional, certamente o órgão mais especializado em avaliar as limitações de cada um, assim como as actividades que lhe são compatíveis.

Ainda, algumas sugestões, podemos fazer a partir desta análise, que vão de encontro aos interesses dos enfermeiros e que de certo modo são apoiadas pela CGTP-IN/Inter-Reformados adaptadas a actividade específica da enfermagem como se pode ver na revisão da literatura.:

- O estado e as instituições devem motivar os enfermeiros a permanecer na actividade.
- Os enfermeiros gestores devem distribuir o trabalho atendendo às condições físico e psíquicas das enfermeiras com idade superior ou igual aos 50 anos.
- Os horários devem ser diurnos e reduzindo gradualmente a actividade para que a saída do mercado de trabalho não seja tão sentida.

▪ O enfermeiro não deve ser obrigado a cessar actividades a não ser que tenha limitações que coloquem em risco a segurança do doente ou do próprio.

▪ A idade da reforma deve ser flexível e personalizada.

▪ A nível da formação deve ser criado um esquema ou plano de encontros em que haja diálogo entre indivíduos com sugestões e planos para a reforma seja uma mistura de convívio e construção de objectivos.

▪ As escolas de enfermagem devem também elas lembrar aos seus jovens alunos que é importante planear a última fase do ciclo de vida profissional assim como ajudar os colegas mais velhos a definir objectivos para esta fase.

Não sei se será utópico procurar a liberdade através da satisfação, da recompensa ainda enquanto activos pelo trabalho e no local de trabalho. Quando se faz com gosto e se é reconhecido e por tal encontra-se motivação. A formação também ela deve ser adaptada ao grupo etário e ser munida de estratégias de pedagogia em formação de adultos.

## BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, J. e PINTO, J.

1989 “ da teoria à investigação empírica. Problemas metodológicos gerais” In Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto (org.), **Metodologia das Ciências Sociais**, 3º ed., Porto: Edições Afrontamento

ALMEIDA, João Ferreira et al

1994 **Introdução à Sociologia**, Lisboa: Universidade Aberta

ALMEIDA, J. e PINTO, J.

1995 **Investigação nas Ciências Sociais**, 5ª ed., Lisboa: Presença

ARON, Raymond

2000 **As Etapas do Pensamento Sociológico**. 5ª ed., Lisboa: Publicações Dom Quixote

BANDEIRA, Mário Leston

2004 **Demografia – Objecto, Teorias e Métodos**. Escolar Editora. Lisboa

BARRETO, João

1988 **Aspectos Psicológicos do Envelhecimento**. *Psicologia* VI, 2:159-170

BARDIN, Laurence

1991 **Análise de Conteúdo**, Lisboa: Edições 70

BELL, Judith

1997 **Como Realizar um Projecto de Investigação – um Guia para a Pesquisa em Ciências sociais e da educação**, Lisboa: Gradiva

BENNER, P.

1995 **De novice à expert ; InterEditions**

**BERGER, Peter**

**1986 Perspectivas Sociológicas, uma visão Humanística, Petrópolis: Vozes**

**BIZE, P.R. e VALLIER, C**

**1985 Une vie nouvelle: le Trésième âge, Lisboa**

**CABRILLO, Francisco; CACHAFREIRO, M. Luísa**

**1992 A Revolução Grisalha, Lisboa: Planeta Editora**

**CGA**

**2005 Estatísticas, Caixa Geral de Aposentações**

[www.cga.pt](http://www.cga.pt)

**CAMPENHOUDT, Luc Van**

**2003 Introdução à Análise dos Fenómenos Sociais, Lisboa: Gradiva**

**CAMPOS, António Correia**

**2001 O Envelhecimento da População e os gastos com a saúde, Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.19.Nº1, Janeiro – Junho, pp. 25-27**

**CARRILHO, Maria José**

**2002 Evolução Demográfica no período intercensitário 1991-2001, in INE, Revista**

**CARRILHO, Maria José**

**2002 A Situação Demográfica recente em Portugal, in INE, Revista de Estudos Demográficos, 32**

**CHESNAIS J. C.**

**1992 The Demographic Transition: Stages, Pattern and economic Implications. Oxford: Clarendon Press**

**COSTA, A. Bruno da**

1993 **Pobres Idosos**, Estudos Demográficos, nº31, Instituto Nacional de Estatísticas

**COSTA, Maria Arminda Mendes et al**

1999 **O Idoso, Problemas e Realidades**, Coimbra: Formassau

**CRESWELL, John W.**

1994 **Research Design Qualities & Quantitative Approaches**, London: SGE Publications

**DGS.**

1995 **Mortalidade infantil, perinatal e materna**. Estatísticas. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde  
<http://www.dgsaude.pt>

**DGS.**

1997 **A Saúde dos Portugueses**. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.

**DGS.**

2005 **Departamento da Modernização e Recursos na Saúde, 2001/2003**. Estatísticas Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde.  
<http://www.aralentejo.pt/ARS.htm>

**DURKHEIM, Émile**

1977 **A Divisão do Trabalho Social**, (2 vol.) Lisboa : Editorial Presença

**ESTATÍSTICAS**

2001 **Recursos humanos, Ordem dos Enfermeiros**  
<http://mail@ordemenfermeiros.pt>

EUROSTAT,

2001 **Statistiques sociales européennes Démographie, Population et Conditions Sociales**, thème 3, Luxemburg.

EUROSTAT,

20/2003 **Statistiques en Bref – Population et Conditions Sociales**, thème 3, Luxemburg.

EVLYN, Marcia

1999 Aspectos culturais da Terceira Idade, Revista **Idade/Cultura**  
S. Paulo, 1- 4

FERNANDES, Ana Alexandre

2001 “**Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social**”, Sociologia (Problemas e Práticas), 36: 39-52

FERNANDES, Ana Alexandre

1997 **Velhice e sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal**, Oeiras Celta Editora

FONTAIN, Roger

2000 **Psicologia do Envelhecimento**, Lisboa: Climepsi Editores

FORTIN, M.F.

1998 **O Processo de Investigação**, Lisboa: Edições Técnico-científicas,  
Lusociência

GAULLIER, Xavier

1999 **Quel avenir pour les salariés âgés**, Futuribles, Outubro

GEMITO, Laurência

2004 **O Quotidiano familiar do Idoso numa Freguesia rural do Alentejo**,  
Dissertação em sociologia, Évora (policopiado)

**GIL, António Carlos**

1989 **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, 2ª ed, S. Paulo: Editora Atlas S.A.

**GIL, António Carlos**

1991 **Como Elaborar Projectos de Pesquisa** 3ª ed. São Paulo: Editora Atlas

**GOFFMAN, Erving**

1973 **Mire en Scène de la vie Quotidienne**, Paris : Minit

**GONÇALVES, Cristina**

2001 **Demographic, Social and Economic Aspets of older persons in Portugal**, INE, Gabinete de Estudos e Conjuntura/ Serviços de Estudos Demográficos e Sociais

**GREEN, R**

1999 **Measuring productivity in health car**, Old Nurse.14

**GUILLEMARD, Anne-Marie**

1993 **Emploi, protection sociale et cycle de vie: Résultats d'une comparaison internationale des dispositifs de sortie anticipée d'activité**, Sociologie du travail,3

**ILHÉU, José Ramalho**

1993 **Estratégias de Participação Social na população Idosa no Alentejo**, **Economia e sociologia**, 56:27-50

**ILHÉU, José Ramalho; Parreira, Anabela; GOMES, Maria do Carmo**

1995 **As Famílias da Diocese de Évora – Resultados de um Inquérito**, Lisboa: Direcção Geral da Família

**Imigração em Portugal**

1999 <http://imigrante.na.sap>

INE

1991 Recenseamento Geral da População

[www.ine.pt](http://www.ine.pt)

INE

1999 **As Gerações mais Idosas**, Séries de Estudos, 83 Lisboa

INE

1999 Estatísticas, **Inquérito ao Emprego**

INE

1999 Estatísticas, **Inquérito à Ocupação dos Tempos**

INE

2001 Recenseamento Geral da População

INE

2002 População e Condições Sociais, **Revistas de Estudos Demográficos**, 32  
Lisboa

INE

2002 O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica  
Recente das pessoas idosas – **Serviços de Estudos sobre a População**

INE

2004 “População e Condições Sociais”, **Revistas de Estudos Demográficos**, 36  
Lisboa

ISS

2005 “Publicações e Estatísticas” **Instituto da Segurança Social**  
[www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)

JACCARD, Pierre

1969 **Psicossociologia do Trabalho**, Lisboa: Morais Editores

JUNTER, A., et al

2000 **Reorganization of working time...** in Luxemburg: European Commission

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade

1992 **Metodologia Científica**, São Paulo: Editora Atlas S. A; 2ª ed.

LEVET, Maximilienne

1998 **Viver Depois dos 60 Anos**, Lisboa: Instituto Piaget

LIMA, M; TEIXEIRA, J.C; SEQUEIRA, A.

1996 “O Projecto de Vida no Idoso”, **Psicologia Clinica**, 52:387-392

MAGALHÃES, Maria da Graça

2002 “Projeções da População Residente, Portugal, 2000/2050 – Que Tendências de Base para a Construção de Hipótese” in INE, **Revista de Estudos Demográficos**, 32

MARCONI, M<sup>o</sup> de Andrade; LAKATOS, Eva M<sup>a</sup>

1982 **Técnicas de Pesquisa**, S. Paulo: Editora Atlas

MESLE, France ; VALLIN, Jacques

2002 Mortalité en Europe: la divergence Est-Ouest. **Population**. Paris

MORAIS, M.<sup>a</sup> da Graça David

1993 “Solidariedade e Idosos”, **Economia e Sociologia**, 56: 89-94

MORAIS, M.<sup>a</sup> da Graça David

2002 **Causas de Morte no Século XX – Transição e estruturas da mortalidade em Portugal Continental**. Edições Colibri e CIDEHUS – EU. Lisboa.

NAZARETH, J. Manuel

OCDE.

2004 **Health Data 04**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development

OPSS

2001 **Conhecer os caminhos da Saúde Coimbra**: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PALLAS, L., DUFFIELD, C.

2004 Who will be there to nurse? Retention of nurses nearing retirement, Canada: **Journal of Nursing Administration** 34

PEREIRA, Hélder Cardoso

1996 **A Família em Santarém II Volume – (Resultados de um inquérito à População)**, Lisboa: Direcção Geral da Família; Ministério do Emprego e da Segurança Social

PERISTA, Heloisa

1999 Género e trabalho não pago: Os tempos das mulheres e os tempos dos homens, **Analise Social** vol. 447

PEIXOTO, João

2002 **A Imigração em Portugal – Demografia e Dinâmicas** nº3 Novembro

PIMENTEL, Luísa

2001 **O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias**, Coimbra: Quarteto

PINTO, Amâncio da Costa

1990 **Metodologia da investigação Psicológica**, Porto: Edições Jornal de Psicologia

**PINTO, Anabela Mota (coord.)**

**2001 Envelhecer Vivendo, Coimbra: Quarteto**

**POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette**

**1991 Investigation científica en ciências de la salut. 3ª ed. México: Interamericana**

**POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette**

**1995 Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas**

**POPULATION REFERENCE BUREAU**

**Wold Population Data Sheet (2003)**

**[www.prb.org](http://www.prb.org).**

**QUARESMA, Maria L. B.**

**1998 Política de Velhice. Análise e Perspectivas. Psicologia, Associação Portuguesa de psicologia, VI, 2, pp.227 – 237.**

**QUIVY, Raymond, CMPENHOUDT, Luc Van**

**1992 Manual de Investigação em ciências sociais, Lisboa: Gradiva**

**RAMOS, Francisco Martins**

**1993 “Contributos Etnográficos para uma Antropologia da Terceira Idade”,  
Economia e Sociologia, 56: 77-88**

**RAMOS, Francisco Martins**

**1997 Os Proprietários da Sombra, Lisboa: Universidade Aberta**

**RAMOS, Francisco Martins**

**2004 Apontamentos da disciplina de Métodos de Investigação para ciências sociais**

**RAPKIN, B.; & FISCHER, K.**

1990 Framing the construct of life satisfaction in terms of older adults personal goals. **Psychology and aging**.1, 138-149

**RELVAS, Ana Paula**

1996 **O Ciclo de Vida da Família, Porto: Edições Afrontamento**

**RELVAS, Ana Paula; ALARCÃO, Madalena**

2002 **Novas Formas de Família, Coimbra: Quarteto Editora**

**RENDAS, António Bensabat**

2001 “Adaptações Normais e Patológicas do Organismo Humano Durante o Envelhecimento – Idade Biológica Versus Idade Cronológica” in Anabela Mota Pinto (coord.), **Envelhecer Vivendo, Coimbra: Quarteto**

**RICNARDSON, Roberto;**

1989 **Pesquisa Social: Métodos e técnicas. 2ªed. São Paulo: Atlas**

**RUDIO, Fraz Victor**

1978 **Introdução ao projecto de Pesquisa Científica, Petropolis: Editora Vozes Limitada**

**CARVALHO, Rodrigo Guedes**

2005 “O País e o Mundo” no **Jornal O Público**

**ROSA, M.ª João V. [et.al]**

2004 **ACIME – Contributos dos imigrantes na demografia portuguesa**  
[www.acime.gov.pt](http://www.acime.gov.pt)

**ROSA, M.ª João V.**

**Situação Social em Portugal 1960. 1999 Vol.II**

**KANNISTO, Vaino**

**2001 Mode et dispersion de la durée de vie. Population. Paris**

**KOIZUMI, Maria Sumie**

**1992 Fundamentos Metodológicos de Pesquisa em Enfermagem, Universidade de S. Paulo: revista nº26**

**SANTANA, Paula**

**2003 A mortalidade “evitável” em Portugal Continental, 1989 a 1993 – Revista de Estudos Demográficos nº34**

**SANTOS, M. A. N. A.**

**1995 A vida quotidiana das professoras, tese de mestrado: Universidade Nova de Lisboa**

**SARACENO, Chiara**

**1998 Sociologia da Família, Lisboa: Editora Estampa**

**SEGALEN, Martin**

**1999 Sociologia da Família, Lisboa: Terramar**

**SEP**

**1993 Enfermagem em Foco, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Ano III, Agosto/Outubro, N.º 12 [www.sep.pt](http://www.sep.pt)**

**SEP**

**1998 Enfermagem em Foco, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Ano VIII, Fevereiro/Abril, N.º 30**

**SEP**

**1999 Enfermagem em Foco, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Agosto/Outubro, N.º 36**

**SIMÕES, Guadalupe**

2005 Nova Política de Saúde, Revista **Enfermagem em Foco (SEP)** nº58,  
Janeiro/ Março

**SOARES, Mª Isabel**

1997 **Da blusa de Brim à touca Branca**, Lisboa: Educa

**STUART, Ian**

2002 **A psicologia do Envelhecimento: Uma introdução**, 3ªed S. Paulo: Editora  
Artmed

**TORN, T.**

1994 **Les femmes & la répartition du temps**, Une vision plus large, IRIS

**VAIOU, D e GIORGIU, Z.**

1998 **The future of Work in Europe: patterns of gendered time distribution**,  
Greece.

**VALA, Jorge**

1990 “ **A Análise de Conteúdo**”, in Augusto Santos Silva e José Madureira Pinto  
( org.), **Metodologia das Ciências Sociais**, 2ª ed., Porto: Edições Afrontamento

**WALL, Karin**

2002 **Family and family policies in Portugal**, in European Observatory on the  
social Situation, Demography and family, Lisboa, ICSUL

**WITT, Aracy**

1981 **Pesquisa em Enfermagem**, Associação Católica de Enfermagem e  
Profissionais da Saúde, 117p.

**ZAL, Michael**

1991 **A Geração Sanduíche. Entre filhos adolescentes e pais idosos**, Lisboa:  
Difusão cultural

**ZAMBERLAM, Cristina Oliveira**

**2001 Os novos Paradigmas da Família Contemporânea, Lisboa: Editora  
Renovar**

**ZIMERMAN, Guite**

**2000 Velhice, Aspectos Biopsicossociais, Porto Alegre: Artes Medicas**

**<http://www.gerontologia>**

**<http://www.projectotio.net/profissionais/pagina.html>**

**[http://europa.eu.int/comm/employment\\_social/publications/2004](http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2004)**

# **ANEXO I**

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO**

I  
 Solicito que  
 seja anexa o  
 Inst. de Colheita de  
 O ENFERMEIRO DIRECTOR  
 Manuel Martinho da Conceição (Carilino)  
 04.07.05

Ex.mos Srs.  
 do conselho de Administração  
 do H.E.S.E.

Prazeres Fortunata Guerra Caeiro Vieira, enfermeira graduada no serviço de Neonatologia deste hospital, no âmbito do segundo ano do Curso de Mestrado em Sociologia ramo "Família e População" da Universidade de Évora (dissertação) pretendo analisar a temática da "reforma dos enfermeiros", pelo que venho por este meio solicitar autorização para aplicar um questionário a todos os enfermeiros com mais de cinquenta anos de idade que trabalham nesta instituição (entendendo este grupo como indivíduos da pré-reforma) perguntarei se tem projectos para a reforma e caso tenham qual o plano de actividades.

II

1. A Representante apresentou em 12.07.05 o I.C.D.
2. Os seus pedidos não são inconvenientes de ordem de serviço que o impedam de ser autorizada.
3. pelo que é de ser autorizada.

O ENFERMEIRO DIRECTOR  
 Manuel Martinho da Conceição (Carilino)  
 13.07.05

Agradecida pela atenção  
 Prazeres Caeiro Vieira  
 Évora, 26 de Junho de 2005

H. D. ÉVORA	
RECEBIDO	EM 28/06/05 N. 1702
RESPONDIDO	EM _____ N. _____

# **ANEXO II**

**INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

**(QUESTIONÁRIO)**

## QUESTIONÁRIO

No âmbito da Dissertação do Mestrado em Sociologia ramo Família e População pretendo analisar a temática, "A reforma dos Enfermeiros", definindo como grande objectivo " analisar os projectos de reforma dos enfermeiros com mais de 50 anos que exercem funções actualmente no Hospital do Espírito Santo de Évora. Assim elaboro o questionário que apresento, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos resultados contando desde já com a sua amável colaboração.

<b>I- CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO</b>			
1-Idade	2-Sexo	3-Estado civil	4-Tem filhos
<input type="checkbox"/> 50-54	<input type="checkbox"/> Fem.	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> 54-59	<input type="checkbox"/> Mas.	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 60-65		<input type="checkbox"/> Junto/união de facto	Se sim qual/quais as idades? _____
		<input type="checkbox"/> Divorciado	
		<input type="checkbox"/> Separado	
		<input type="checkbox"/> Viuvo	
<b>5-Habilitações Profissionais</b>			
<input type="checkbox"/> Curso Geral de Enfermagem			
<input type="checkbox"/> Curso de Bacharelato em Enfermagem			
<input type="checkbox"/> Equivalência a Bacharelato			
<input type="checkbox"/> Curso de Licenciatura em Enfermagem			
<input type="checkbox"/> Curso de Especialização em Enfermagem			
Qual? _____			
<input type="checkbox"/> Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem			
Qual? _____			
<b>II-EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL</b>			
1-Tempo de exercício profissional (anos de serviço) na actividade de enfermagem: _____			
2- Quais os serviços em que exerceu funções?Quantos anos por serviço?			
Medicina-----	Neonatologia-----		
Cirurgias-----	Obstetrícia-----		
Hemodiálise-----	Ginecologia-----		
Bloco Operatório-----	Ortopedia-----		
Urgência Geral-----	Psiquiatria-----		
Urgência de Pediatria-----	Fisioterapia-----		
Especialidades-----	Quimioterapia-----		
Direcção de Enfermagem-----	Hemoterapia-----		
Pediatria-----	Consultas Externas-----		
Cardiologia-----	Outro.....-----		
3-Que tipo de horário pratica?----- _____			



# **ANEXO III**

**MATRIZ DE CODIFICAÇÃO E GRADE DE ANÁLISE**

# MATRIZ DE CODIFICAÇÃO

## QUESTÕES ABERTAS

---

### Área 1

#### SIGNIFICADO DE ATINGIR A IDADE DA REFORMA

---

#### CATEGORIAS

#### SUB-CATEGORIAS

1A – O que significa atingir a idade da reforma

1A1 – Fim da actividade profissional  
1A2 – Fim de uma etapa e inicio de outra  
1A3 – Fim da obrigatoriedade, da responsabilidade/ dever cumprido  
1A4 – Disponibilidade de tempo ou de horário/ Alivio/ Liberdade/Direito ou recompensa merecida  
1A5 – Sinal de velhice  
1A6 – Necessidade de projectos futuros.  
Poder fazer coisas que não fazia antes

1B – Sentimentos associados à reforma

1B 1 – Felicidade, Alivio, Gozo, Relaxamento/Descanso  
1B2 – Saudade, Nostalgia nos primeiros tempos  
1B3 – Liberdade, Disponibilidade  
1B4 – Gratificante Utilidade  
1B5 – Dificuldade

1C – Diferenças temporais na relação da reforma com a actividade

1C1 – Desgaste anterior  
1C2 – Inicio de uma fase de descanso  
1C3 – Inicio de nova actividade  
1C4 – Utilidade

1D – Confronto e entre o passado e o futuro

1D1 – Inicio e Fim  
1D2 – Desgaste e descanso  
1D3 – Obrigação/liberdade e disponibilidade

**AREA 2****IDADE IDEAL PARA A REFORMA**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
2 A – A idade da reforma não deve ir alem 57/60 anos pela natureza da profissão	2A1 – Desgaste 2A2 – Cansaço 2A3 – Stress 2A4 – O sofrimento afecta tanto fisica como psiquicamente 2 A5 – Esgotamento 2 A6 – Horário
2B – Prolongar a Idade da Reforma( alem dos 60 anos) acarreta consequências negativas	2B1 – Desequilíbrio 2B2 – Risco de vida 2B3 – Falha das capacidades 2B4 – Não há qualidade de vida 2B5 – Não há paciência
2C – Para receber a recompensa de poder fazer outras coisas que não teve tempo enquanto trabalhou não deve alem dos 57/60 anos	2C1 – Com qualidade de vida 2C2 – Desfrutar 2C3 – Passear 2C4 – Dedicar mais tempo à família 2C5 – Fazer coisas que não pode fazer 2C6 – Descansar
2D – A idade da reforma depende das capacidades dos enfermeiros	2D1 – Suas capacidades e interesses 2D2 – Saúde mental

---

**AREA 3****REFORMA TEMPO DE DESCANSO OU SEGUNDA CARREIRA**

---

<b>CATEGORIA</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
3A – Voluntariado na enfermagem com algumas condições	3A1 – Depende do horário 3A2 – Depende da saúde 3A3 – Só nesse regime 3A4 – Numa instituição privada 3A5 – Noutras vertentes sociais
3B – Actividades lúdicas	3B1 – Pintura 3B2 – Trabalhos manuais 3B3 – Estudar 3B4 – Escultura 3B5 – Informática 3B6 – Abrir loja de roupa

**Quadro síntese das áreas temáticas por categorias e sub-categorias**

Área Temática	Categorias	Sub-categorias	Frequências por sub-categoria	Frequência da sub-categoria por categoria
Significado de atingir a idade da reforma	O que significa atingir a idade da reforma	1A1 – Fim da actividade profissional 1A2 – Fim de uma etapa e início de outra 1A3 – Fim da obrigatoriedade, da responsabilidade/ dever cumprido 1A4 – No futuro, disponibilidade de tempo ou de horário/ Alívio/ Liberdade/Direito ou recompensa merecida 1A5 – Sinal de velhice 1A6 – Necessidade de projectos futuros. Poder fazer coisas que não fazia antes	11 22 13 21 8 13	88
	Sentimentos associados à reforma	1B 1 – Felicidade, Alívio, Gozo, Relaxamento/Descanso 1B2 – Saudade, Nostalgia nos primeiros tempos 1B3 – Liberdade, Disponibilidade 1B4 – Gratificante Utilidade 1B5 – Dificuldade	20 3 13 6 9	51

<b>Área Temática</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Frequências por sub-categoria</b>	<b>Frequência da sub-categoria por categoria</b>
	Diferenças temporais na relação da reforma com a actividade	1C1 – Desgaste anterior 1C2 – Início de uma fase de descanso 1C3 – Início de nova actividade 1C4 – Utilidade	8 9 8 5	30
	Confronto e entre o passado e o futuro	1D1 – Início e Fim 1D2 – Desgaste e descanso 1D3 – Obrigação/liberdade e disponibilidade	39 16 29	84
Idade ideal para a reforma	A idade da reforma não deve ir além dos 57/60 anos pela natureza da profissão	2A1-Desgaste 2A2 – Cansaço 2A3 – Stress 2A4 – O sofrimento afecta tanto física como psiquicamente 2A5 – Esgotamento 2A6-Horário	23 4 6 11 7 12	63
	Prolongar a Idade da Reforma além dos 60 anos acarreta consequências negativas	2B1 – Desequilíbrio 2B2 – Risco de vida 2B3 – Falha das capacidades 2B4 – Não há qualidade de vida 2B5 – Não há paciência	7 9 17 10 3	46

<b>Área temática</b>	<b>Categorias</b>	<b>Sub-categorias</b>	<b>Frequências por sub-categoria</b>	<b>Frequência da sub-categoria por categoria</b>
	Não deve ir além dos 57/60 anos como recompensa de poder fazer outras coisas que não pode fazer antes	2C1 – Com qualidade de vida 2C2 – Desfrutar 2C3 – Passear 2C4 – Dedicar mais tempo à família 2C5 – Fazer coisas que não pode fazer 2C6 – Descansar	4 6 3 3 6 5	27
	A idade da reforma depende das capacidades dos enfermeiros	2D1 – Suas capacidades e interesses 2D2 – Saúde mental	14 6	20
Reforma tempo de descanso e/ou segunda carreira	Voluntariado na enfermagem com algumas condições (segunda carreira)	3A1 – Depende do horário 3A2 – Depende da saúde 3A3 – Só nesse regime 3A4 – Numa instituição privada 3A5 – Noutras vertentes sociais	3 1 3 1 1	9
	Actividades lúdicas (tempo de descanso)	3B1 – Pintura 3B2 – Trabalhos manuais 3B3 – Estudar 3B4 – Escultura 3B5 – Informática 3B6 – Abrir loja de roupa	3 3 4 1 1 1	13

## GRADE DE ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS

### Área: Significado de atingir a idade da reforma (1)

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA (1A)</b>
Sub-categoria	Fim da actividade profissional (1A1)
Questionário	
Q1	... deixar a actividade profissional.
Q2	... cessar a actividade profissional.
Q5	Não ter de desenvolver a actividade profissional...
Q8	... chegar ao final da actividade profissional...
Q14	... acabar o percurso profissional.
Q29	Fim do tempo estabelecido para o exercício profissional.
Q31	Completar o ciclo da vida profissional...
Q32	... fim da carreira...
Q44	... terminar do trabalho obrigatório...
Q50	Terminar uma carreira profissional...
Q60	... atingir o fim de uma carreira.

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA (1A)</b>
Sub-categoria	Fim de uma etapa (meta, objectivo) inicio de outra (1A2)
Questionário	
Q9	... atingir uma meta ou padrão...
Q12	... fim de uma meta...
Q16	Atingir nova etapa.
Q19	... atingir a meta a que me propus.
Q22	... atingir outra etapa da vida.
Q23	Fim de uma etapa muito importante na vida.
Q24	Fim de uma etapa
Q25	... um objectivo atingido.
Q28	Inicio e fim de uma etapa
Q31	...nova etapa que é preciso integração e adaptação...
Q34	Fim de uma etapa inicio da outra...

Q35	... Fim da principal etapa da vida
Q37	Passar para outra etapa da vida...
Q38	Atingir o fim de uma etapa...
Q39	Atingir os objectivos profissionais...
Q41	Etapa da vida em que se é recompensado...
Q45	Fim de uma etapa e inicio de outra.
Q47	... ter cumprido uma etapa e iniciado outra com tudo o tem direito.
Q49	Fim de uma grande etapa da vida...
Q52	Finalizar uma etapa...
Q61	... atingir esta meta...
Q62	Fim de uma etapa longa...

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA (1A)</b>
Sub-categoria	Fim da obrigatoriedade, da responsabilidade/ dever cumprido (1A3)
Questionário	
Q8	... fim da obrigatoriedade de cumprir horários...
Q15	... com o dever cumprido... já demos a nossa contribuição.
Q19	... já está o dever cumprido...
Q26	... atingir o dever cumprido
Q31	... missão cumprida...
Q40	Sem obrigatoriedade de horários...
Q43	... dever cumprido...
Q44	Termina o trabalho obrigatório.
Q47	... ter cumprido...
Q51	Deixar de ter responsabilidades...
Q52	... ter cumprido os anos de trabalho.
Q53	... descansar depois do dever cumprido.
Q64	... reunir as condições previstas pela lei.

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA (1A)</b>
Sub-categoria	Início de disponibilidade (tempo e horário)/alívio/liberdade/direito ou recompensa merecida (1A4)
Questionário	
Q5	...deixar de estar sujeito a horários...
Q7	... actividades que me realizam e que não se fizeram por falta de tempo.
Q10	... sinal de uma certa libertação...
Q11	... com capacidade para outras actividades que não teve tempo...
Q16	... alívio do trabalho...deixar de cumprir horários...utilizar o tempo da forma que mais me agrada.
Q17	Não cumprir horários...gozar fins-de-semana.
Q18	... liberdade...
Q19	... direito adquirido pelos anos de trabalho efectuados.
Q20	... é um verdadeiro alívio...
Q30	Ter tempo, disponibilidade para desenvolver actividades que até então ficaram em segundo plano...descanso a quem o merece.
Q32	... desfrutar do tempo sem horário a cumprir, ter tempo livre.
Q34	Gozar dos resultados para os quais trabalhou...
Q37	... ficar com tempo para fazer o que deixei de fazer durante estes anos.
Q40	... disponibilidade para programar o tempo sem obrigatoriedade de horário...
Q42	... usufruir de tempo livre.
Q43	... disponibilidade...
Q47	... com tudo o que se tem direito depois de uma vida de trabalho.
Q51	...deixar de ter responsabilidade.
Q55	... é um direito indiscutível.
Q57	... ter tempo para mim próprio.
Q58	Atingir a liberdade depois de ter enfrentado a vida e a morte com os doentes.

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA(1A)</b>
Sub-categoria	Sinal de velhice (1A5)
Questionário	
Q3	Arrumar as botas...
Q4	... pouco tempo de vida.
Q10	... sinal de estar a envelhecer.
Q16	... os anos pesam... significa que os anos não perdoam.
Q20	... é um processo natural... mas o tempo não perdoa.
Q27	... o sentir-se velha depende do espírito de cada um.
Q28	Início do fim...
Q46	... estar perto do fim.

<b>CATEGORIA</b>	<b>O QUE SIGNIFICA ATINGIR A IDADE DA REFORMA (1A)</b>
Sub-categoria	- Necessidade de projectos futuros/ Poder fazer coisas que não fazia antes (1A6)
Questionário	
Q7	- <u>actividades que me realizam</u> e que não se fizeram por falta de tempo.
Q11	-Com capacidade e saúde para <u>outras actividades</u> que não tive tempo enquanto profissional
Q16	<u>Utilizar o tempo da forma que mais agrada</u>
Q17	<u>Organizar</u> a vida com a família... <u>gozar</u> fins de semana e dias festivos...
Q21	Idade com capacidade para <u>fazer algo voluntariamente</u> e ser assim <u>útil aos outros</u> .
Q30	... <u>desenvolver actividades</u> que até então ficaram em segundo plano... <u>descanso</u> a quem o merece.
Q31	Nova etapa que precisa <u>de integração e adaptação</u> .
Q37	... ficar com tempo para <u>fazer o que deixei de fazer</u> durante estes anos.
Q40	... <u>reflectir para escolher uma ocupação</u> que se coaduna com os interesses desta idade.

Q44	<u>Fazer escolha</u> para desenvolver as nossas capacidades.
Q51	<u>Descansar</u> , deixar de ter responsabilidades e <u>acalmar o stress</u> da doença e de querer dar o pouco que se tem que é a saúde
Q52	... <u>fazer projectos</u> para viver os anos futuros da melhor forma.
Q63	Chega de tanto fisico e mental é hora <u>de relaxar e gozar</u> um pouco.

CATEGORIA	SENTIMENTOS ASSOCIADOS À REFORMA(1B)
Sub-categoria	– Felicidade, Alívio, Gozo, Relaxamento/Descanso (1B1)
Questionário	
Q6	-...é <u>bom</u> ...
Q9	-... <u>felicidade</u> por ter conseguido...
Q13	É a <u>felicidade</u> completa.
Q16	- <u>Alívio</u> do trabalho...
Q17	... <u>gozar</u> fins-de-semana.
Q19	Sentimento de <u>dever cumprido</u> .
Q20	... é um verdadeiro <u>alívio</u> .
Q30	... <u>descanso</u> que merece.
Q32	... <u>desfrutar</u> do tempo livre.
Q34	-Pretendo <u>gozar</u> .
Q37	... tempo para <u>descansar</u> .
Q42	<u>Usufruir</u> de tempo livre.
Q45	Tempo para <u>descansar</u> .
Q51	...consegui <u>com gosto</u> .
Q53	Poder <u>descansar</u> ...
Q54	Poder finalmente <u>descansar</u> .
Q59	... <u>descanso</u> merecido.
Q61	É <u>bom</u> atingir esta meta.
Q63	... é hora de <u>relaxar e gozar</u> um pouco.
Q65	Ir para casa <u>descansar</u> .

<b>CATEGORIA</b>	<b>SENTIMENTOS ASSOCIADOS À REFORMA(1B)</b>
Sub-categoria	- Saudade, Nostalgia nos primeiros tempos (1B2)
Questionário	
Q31	-...saudade, nostalgia de uma profissão tão intensa como a enfermagem.
Q43	...recordações de bons e maus momentos.
Q65	-...levar saudades dos tempos passados e dos colegas...

<b>CATEGORIA</b>	<b>SENTIMENTOS ASSOCIADOS A REFORMA (1B)</b>
Sub-categoria	- Liberdade, Disponibilidade (1B3)
Questionário	
Q5	-...deixar de estar sujeito a horários.
Q10	-... sinal de uma certa libertação...
Q16	-...deixar de cumprir horários...utilizar o tempo da forma que mais me agrada.
Q17	-...não cumprir horários.
Q18	-...liberdade...
Q30	-...ter tempo e disponibilidade...
Q32	-desfrutar do tempo sem horário a cumprir.
Q40	...disponibilidade para programar o tempo.
Q41	...ter disponibilidade de tempo.
Q42	Usufruir de tempo livre.
Q43	-Disponibilidade...
Q53	...ter tempo para mim própria
Q58	... atingir a liberdade.

<b>CATEGORIA</b>	<b>SENTIMENTOS ASSOCIADOS A REFORMA (1B)</b>
Sub-categoria	- Gratificante Utilidade (1B4)
Questionário	
Q9	-...consegui os objectivos, trabalhar, sentir-me útil.
Q21	-...ser útil aos outros...
Q32	-...É gratificante ser útil ajudando os que sofrem.
Q48	-Passa uma fase da vida muito positiva...
Q50	-...carreira...que eu segui com gosto e dedicação até ao fim.
Q61	-...foi bom atingir esta meta.

<b>CATEGORIA</b>	<b>SENTIMENTOS ASSOCIADOS A REFORMA (1B)</b>
Sub-categoria	- Dificuldade (1B5)
Questionário	
Q10	-...é difícil acompanhar a rápida evolução da enfermagem.
Q31	-...profissão tão intensa
Q32	-...profissão... desgastante.
Q41	-...sacrifício físico e emocional destes anos.
Q51	-...o stress da doença e de querer dar o que muitas vezes pouco se tem - a saúde.
Q58	-...enfrentar a vida e a morte com o doente.
Q59	-...após dolorosa vida de trabalho.
Q60	- com momentos mais ou menos difíceis.
Q63	...chega de tanto esforço físico e mental...

CATEGORIA	DIFERENÇAS TEMPORAIS NA RELAÇÃO DA REFORMA COM A ACTIVIDADE (1C)
Sub-categoria	-Desgaste/sacrifício anterior(1C1)
Questionário	
Q31	-...profissão tão intensa
Q32	-...profissão... desgastante.
Q41	-...sacrifício físico e emocional destes anos.
Q51	-...o stress da doença e de querer dar o que muitas vezes pouco se tem - a saúde.
Q58	-...enfrentar a vida e a morte com o doente.
Q59	-...após dolorosa vida de trabalho.
Q60	- com momentos mais ou menos difíceis.
Q63	...chega de tanto esforço físico e mental...

CATEGORIA	DIFERENÇAS TEMPORAIS NA RELAÇÃO DA REFORMA COM A ACTIVIDADE (1C)
Sub-categoria	- Início de uma fase de descanso (1C2)
Questionário	
Q16	- <u>Alívio</u> do trabalho...
Q30	... <u>descanso</u> que merece.
Q37	... tempo para <u>descansar</u> .
Q45	Tempo para <u>descansar</u> .
Q53	Poder <u>descansar</u> ...
Q54	Poder finalmente <u>descansar</u> .
Q59	... <u>descanso</u> merecido.
Q63	...chega de tanto esforço físico e mental...
Q65	Ir para casa descansar.

<b>CATEGORIA</b>	<b>DIFERENÇAS TEMPORAIS NA RELAÇÃO DA REFORMA COM A ACTIVIDADE (1C)</b>
Sub-categoria	– Início de nova actividade (1C3)
Questionário	
Q11	... idade com capacidade e saúde para desenvolver outras actividades que não teve tempo.
Q17	...organizar a vida coma família.
Q21	...idade com capacidade para voluntariado e ser útil aos outros.
Q31	empreender uma nova etapa para a qual é preciso integração e adaptação.
Q36	Significa mudança de actividade...
Q37	...dedicar-me mais a família.
Q40	...escolher uma ocupação que se coadune com interesses desta idade.
Q44	...desenvolver as nossas capacidades.

<b>CATEGORIA</b>	<b>DIFERENÇAS TEMPORAIS NA RELAÇÃO DA REFORMA COM A ACTIVIDADE (1C)</b>
Sub-categoria	– Utilidade (1C4)
Questionário	
Q9	... feliz por ter conseguido o objectivo de me sentir útil.
Q21	...idade com capacidade para voluntariado e ser útil aos outros.
Q22	...não significa menos valor.
Q27	... fui útil à sociedade...
Q32	...ser útil aos outros...

<b>CATEGORIA</b>	<b>CONFRONTO ENTRE O PASSADO E O FUTURO (1D)</b>
Sub-categoria	- Início e fim (1D1)
Questionário	
Q1	-...deixar a actividade...
Q2	-...cessar a actividade.
Q3	-Arrumar as botas.
Q4	-Fim de uma vida e início de outra...
Q5	...deixar de estar sujeito a horários.
Q8	... chegar ao final da vida profissional.
Q9	... atingir uma meta...
Q12	Fim da meta...
Q14	Acabar o percurso profissional.
Q16	Atingir uma nova etapa.
Q19	... atingir a meta.
Q22	Atingir outra etapa da vida.
Q23	Fim de uma etapa muito importante da vida...
Q24	Fim de uma etapa a que me propus.
Q25	... um objectivo atingido.
Q26	Atingir o dever cumprido.
Q28	Início o fim de uma etapa.
Q29	Fim do tempo estabelecido para o exercício da profissão.
Q31	... completar o ciclo da vida profissional... empreender nova etapa.
Q32	FIM da carreira.
Q33	... lutei pela mudança.
Q34	... fim de uma etapa e início de outra.
Q35	Fim da principal etapa da vida.
Q36	...mudança de actividade.
Q37	Passar para outra etapa da vida...
Q38	Atingir o fim de uma etapa...
Q39	Atingir os objectivos profissionais...
Q41	...nova etapa da vida...
Q44	Terminar o trabalho obrigatório.
Q45	Fim de uma etapa e início de outra.
Q46	...estar perto do fim.

Q47	...cumprir uma etapa da vida e iniciar outra.
Q48	Passar mais uma fase da vida.
Q49	Fim de uma grande etapa da vida.
Q50	...terminar de uma carreira... até ao fim.
Q52	...anos que finalizam uma etapa.
Q60	...atingir o fim de uma carreira.
Q61	...atingir esta meta.
Q62	Fim de uma etapa longa...

CATEGORIA	CONFRONTO ENTRE O PASSADO E O FUTURO (1D)
Sub-categoria	- Desgaste e descanso (1D2)
Questionário	
Q3	Arrumar as botas.
Q16	...alívio do trabalho.
Q17	...não cumprir horários.
Q20	...é um verdadeiro alívio.
Q30	...descanso merecido.
Q31	...missão cumprida.
Q32	...por outro é desgastante.
Q37	...ficar com tempo...para descansar.
Q45	...tempo de descansar.
Q51	Descansar...deixar de ter responsabilidade.
Q53	...poder descansar depois dever cumprido.
Q54	Poder finalmente descansar.
Q57	...ter tempo para mim própria.
Q59	Descanso merecido após uma vida de trabalho.
Q63	...é hora de relaxar.
Q65	Ir para casa descansar...

CATEGORIA	CONFRONTO ENTRE O PASSADO E O FUTURO (1D)
Sub-categoria	– Obrigação/liberdade e disponibilidade (1D3)
Questionário	
Q5	Não ter de desenvolver a actividade profissional... deixar de estar sujeito a horários.
Q7	Poder fazer actividades que realizam e que não fiz por falta de tempo.
Q8	Fim da obrigatoriedade e do cumprimento de horários.
Q10	Sinal de uma certa liberdade...
Q11	Fazer outras actividades que não teve tempo enquanto profissional.
Q15	...dever cumprido...já demos a contribuição a sociedade.
Q16	Alívio do trabalho...deixar de cumprir horários... utilizar o tempo da forma que nos mais agradar.
Q17	Não cumprir horários...
Q18	Liberdade.
Q19	Sentimento de dever cumprido.
Q20	...é um verdadeiro alívio.
Q21	...fazer algo voluntariamente.
Q26	...o dever cumprido.
Q30	Ter tempo, disponibilidade para desenvolver actividades até então postas em segundo plano...
Q32	...missão cumprida... desfrutar do tempo sem horários a cumprir, ter tempo livre.
Q37	Ficar com tempo para fazer o que deixei de fazer estes anos.
Q40	Disponibilidade para programar o tempo sem obrigatoriedade horária.
Q41	...ter disponibilidade de tempo sem ser obrigada a cumprir horários.
Q42	...usufruir de tempo livre para me dedicara a algumas actividades que neste momento não posso por indisponibilidade de tempo.
Q43	...dever cumprido... disponibilidade...
Q44	Terminar o trabalho obrigatório e fazer a escolha das actividades.

Q47	Ter cumprido uma etapa...
Q51	...deixar de ter responsabilidade e acalmar o stress...
Q52	...ter cumprido os anos de trabalho.
Q53	...poder descasar depois do dever cumprido.
Q57	...ter tempo para mim própria.
Q58	...atingir a liberdade depois de ter enfrentado a vida e a morte com o doente.
Q59	...descanso merecido após longa vida de trabalho...
Q64	Reunir as condições previstas pela lei.

## GRADE DE ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS

Área : Idade ideal para a reforma (2)

CATEGORIA	A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)
Sub-categoria	– Desgaste (2A1)
Questionário	
Q2	...desgaste fisico e psíquico.
Q3	...desgaste fisico e psíquico pelo sofrimento assistido.
Q4	...não há quem aguento mais.
Q5	...mais de 60 anos o enfermeiro mesmo que fisicamente bem duvido que esteja psicologicamente bem para cuidar de outros...
Q7	...rápido desgaste dos enfermeiros.
Q8	...é uma profissão desgastante fisica e psicologicamente...as noites são muito trabalhosas. Descansar de dia não é o mesmo que de noite, as outras pessoas não alteram os seus hábitos para nós poder-mos descansar.
Q9	O desgaste fisico e psíquico da profissão...
Q10	...profissão desgastante fisica e psicologicamente...
Q11	...trabalhar de noite da um desgaste diferente, dormir durante o dia não garante o descanso necessário.
Q12	Profissão de desgaste tanto fisico como psicológico.
Q16	...profissão de desgaste não só pelo tipo de trabalho mas pelo tipo de horário.
Q17	...profissão de desgaste fisico e psicológico tanto pelo trabalho como pelo horário.
Q19	...por ser profissão desgastante, por horários de trabalho e também fisicamente.
Q27	...devido ao desgaste dos serviços, principalmente quem faz horários de rollman.
Q30	...a profissão de enfermagem é muito desgastante e exigente.
Q38	...pois a enfermagem é uma profissão desgastante.
Q40	...o exercício da profissão é extremamente desgastante.
Q44	...devido ao desgaste fisico e psicológico...

Q49	... porque as faculdades mentais e físicas vão-se desgastando bastante ao longo de tantos anos de serviço e desgaste.
Q53	... depois pode ser muito tarde devido ao desgaste da profissão.
Q58	... é uma profissão de desgaste rápido...
Q59	... devido ao desgaste...
Q60	... a nossa profissão é desgastante devido a horários e responsabilidades, psicologicamente as faculdades vão-se perdendo.

<b>CATEGORIA</b>	<b>A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)</b>
Sub-categoria	– Cansaço (2A2)
Questionário	
Q1	... já tenho dias que <u>me sinto muito cansada</u> .
Q11	... trabalhar de noite <u>não garante o descanso necessário</u> .
Q41	... <u>cansaço</u> devido ao esforço físico e emocional...
Q61	... com mais idade não se tem paciência devido <u>ao cansaço</u> .

<b>CATEGORIA</b>	<b>A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)</b>
Sub-categoria	– Stress/Impaciência (2A3)
Questionário	
Q2	... consequente desequilíbrio pessoal/familiar e social
Q13	... a enfermagem é uma profissão de stress.
Q46	... não há paciência nem condições...
Q52	Pela acumulação de stress nestes anos a fazer noites e tardes e a lidar com gente doente.
Q61	... com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.
Q65	... com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência...

<b>CATEGORIA</b>	<b>A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)</b>
Sub-categoria	– O sofrimento afecta fisica e psicologicamente (2A4)
Questionário	
Q3	...desgaste fisico e psíquico pelo sofrimento assistido.
Q16	...profissão de desgaste não só pelo tipo de trabalho mas pelo tipo de horário.
Q17	...profissão de desgaste fisico e psicológico tanto pelo trabalho como pelo horário.
Q19	...por ser profissão desgastante, por horários de trabalho e também fisicamente.
Q30	... por assistir ao sofrimento a profissão de enfermagem é muito desgastante e exigente.
Q34	Tendo em conta as exigências físicas e psicológicas da profissão...
Q40	... o exercício da profissão é extremamente desgastante.
Q41	... cansaço devido ao esforço fisico e emocional...
Q42	...devido a exigência da profissão em termos emocionais e cognitivos...
Q50	... foram muitas situações que nos marcam ao longo dos anos...
Q58	... O sofrimento fisico e moral inerente à enfermagem.

<b>CATEGORIA</b>	<b>A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)</b>
Sub-categoria	– Esgotamento (2A5)
Questionário	
Q4	... não há quem aguento...
Q22	... é difícil poder movimentar e posicionar doentes estamos esgotadas.
Q24	Quando se trabalha muitos anos por turnos é dose a mais.
Q26	... é difícil força e mentalização para mais...
Q45	Não há condições...
Q46	... não há paciência nem condições...
Q61	... com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.

<b>CATEGORIA</b>	<b>A IDADE DA REFORMA NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS PELA NATUREZA DA PROFISSÃO (2A)</b>
Sub-categoria	– Horário (2A6)
Questionário	
Q2	...desgaste físico e psíquico da profissão e horário...
Q8	... é uma profissão desgastante física e psicologicamente...as noites são muito trabalhosas. Descansar de dia não é o mesmo que de noite, as outras pessoas não alteram os seus hábitos para nós poder-mos descansar.
Q11	...trabalhar de noite dá um desgaste diferente, dormir durante o dia não garante o descanso necessário.
Q16	...profissão de desgaste não só pelo tipo de trabalho mas pelo tipo de horário.
Q17	...profissão de desgaste físico e psicológico tanto pelo trabalho como pelo horário.
Q19	...por ser profissão desgastante, por horários de trabalho e também fisicamente.
Q22	...para quem faz roullman mais de 30 anos é difícil ... estamos esgotadas.
Q24	Quando se trabalha muitos anos por turnos é dose a mais.
Q27	...devido ao desgaste dos serviços, principalmente quem faz horários de rollman.
Q50	... foram muitas situações que nos marcam ao longo dos anos em noites e tardes.
Q52	Pela acumulação de stress nestes anos a fazer noites e tardes e a lidar com gente doente.
Q60	...a nossa profissão é desgastante devido a horários...

<b>CATEGORIA</b>	<b>PROLONGAR A IDADE DA REFORMA(ALEM DOS 60 ANOS) ACARRETA CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS (2B)</b>
Sub-categoria	– Desequilíbrio (2B1)
Questionário	
Q2	...consequente desequilíbrio pessoal/familiar e social
Q37	Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções

	sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.
Q46	...mais não é bom para o doente nem para nós.
Q51	...a partir dai as capacidades físicas e psíquicas começam a falhar para tratamento das pessoas física e psicologicamente carenciadas.
Q57	Com esta idade só as vezes se têm qualidade de vida.
Q61	...com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.
Q65	...com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência...

<b>CATEGORIA</b>	<b>PROLONGAR A IDADE DA REFORMA (ALEM DOS 60 ANOS) ACARRETA CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS (2B)</b>
Sub-categoria	– Risco de vida (2B2)
Questionário	
Q5	Com mais idade mesmo que fisicamente bem duvido que esteja psicologicamente bem para cuidar dos outros.
Q8	...ter a vida dos outros nas mãos requer destreza mental e física que se perde ao longo dos anos, é irresponsabilidade dos políticos não assumir isso.
Q25	Só até aqui se esta em forma para prestar cuidados aos doentes com segurança...
Q34	...tendo em conta a exigências físicas e psicológicas da profissão só até aqui é possível um bom desempenho profissional sem riscos para o enfermeiro e doente.
Q37	Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.
Q46	...mais não é bom para o doente nem para nós... não há paciência nem condições físicas e psíquicas.
Q48	A partir desta idade começam a perder faculdades com prejuizo para o trabalho.
Q51	...a partir dai as capacidades físicas e psíquicas começam a falhar para tratamento das pessoas física e psicologicamente carenciadas.
Q65	...com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência não consegue cuidar com a mesma qualidade.

<b>CATEGORIA</b>	<b>PROLONGAR A IDADE DA REFORMA (ALEM DOS 60 ANOS) ACARRETA CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS (2B)</b>
Sub-categoria	– Falha das capacidades(2B3)
Questionário	
Q2	...consequente desequilíbrio pessoal/familiar e social
Q5	Com mais idade mesmo que fisicamente bem duvido que esteja

	psicologicamente bem para cuidar dos outros.
Q8	As capacidades físicas e mentais vão-se perdendo a responsabilidade aumenta... ter a vida dos outros nas mãos requer destreza mental e física que se perde ao longo dos anos...
Q18	Cada um tem as suas limitações em tempos diferentes.
Q 22	A partir desta idade é difícil poder movimentar e posicionar doentes
Q25	Só até aqui se esta em forma para prestar cuidados aos doentes com segurança...
Q32	... enquanto a pessoa tem alguma capacidade física e mental para tirar proveito do tempo livre...
Q34	... tendo em conta a exigências físicas e psicológicas da profissão só até aqui é possível um bom desempenho profissional sem riscos para o enfermeiro e doente.
Q36	... antes da senilidade.
Q37	Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.
Q45	... não se fica em condições de trabalhar mais.
Q46	... mais não é bom para o doente nem para nós... não há paciência nem condições físicas e psíquicas.
Q48	A partir desta idade começam a perder faculdades com prejuízo para o trabalho.
Q49	... porque as faculdades mentais e físicas vão-se desgastando...
Q51	... a partir daí as capacidades físicas e psíquicas começam a falhar para tratamento das pessoas física e psicologicamente carenciadas.
Q60	... as faculdades vão-se perdendo.
Q65	... com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência não consegue cuidar com a mesma qualidade.

<b>CATEGORIA</b>	<b>PROLONGAR A IDADE DA REFORMA (ALEM DOS 60 ANOS) ACARRETA CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS (2B)</b>
Sub-categoria	– Não há qualidade de vida (2B4)
Questionário	
Q1	...tenho dias em que me sinto muito cansada.
Q2	...consequente desequilíbrio pessoal/familiar e social
Q4	Não há quem aguento mais.
Q8	...é uma profissão desgastante física e psicologicamente... as noites são muito trabalhosas. Descansar de dia não é o mesmo que de noite, as outras pessoas não alteram os seus hábitos para nós poder-mos descansar... as capacidades físicas e mentais vão-se perdendo
Q10	...é difícil a partir desta idade.
Q 11	...trabalhar de noite dá um desgaste diferente, dormir durante o dia não garante o descanso necessário.
Q36	...antes da senilidade.
Q37	Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções sem que ponhamos em risco a nossa vida e a dos que precisam de nós.
Q45	... não se fica em condições...
Q57	... com esta idade só as vezes se tem alguma qualidade de vida.

<b>CATEGORIA</b>	<b>PROLONGAR A IDADE DA REFORMA (ALEM DOS 60 ANOS) ACARRETA CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS (2B)</b>
Sub-categoria	– Não há paciência(2B5)
Questionário	
Q46	...não há paciência nem condições físicas.
Q61	...com mais idade não se tem paciência devido ao cansaço.
Q65	...mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência.

<b>CATEGORIA</b>	<b>RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)</b>
Sub-categoria	– Com qualidade de vida (2C1)
Questionário	
Q29	Parar antes de faltar a saúde...
Q31	Para poder integrar e usufruir da nova condição e preparar com lucidez e capacidade a vida na idade avançada que se avizinha.
Q32	Para que a pessoa tenha ainda algumas capacidades físicas e mentais para tirar proveito do tempo livre
Q57	Com esta idade só as vezes se tem alguma qualidade de vida.

<b>CATEGORIA</b>	<b>RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)</b>
Sub-categoria	– Desfrutar (2C2)
Questionário	
Q15	Talvez dê tempo <u>para gozar</u> e...
Q30	Para que possa ainda <u>desfrutar</u> ...
Q31	Para poder integrar e <u>usufruir</u> da nova condição e preparar com lucidez e capacidade a vida na idade avançada que se avizinha.
Q32	Para que a pessoa tenha ainda algumas capacidades físicas e mentais para <u>tirar proveito</u> do tempo livre
Q43	Para poder <u>desfrutar</u> os restantes anos de vida...
Q58	Para <u>gozar</u> a saúde que resta.

<b>CATEGORIA</b>	<b>RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)</b>
Sub-categoria	– Passear (2C3)
Questionário	
Q14	Para <u>desenvolver viagens</u> e...
Q15	Talvez dê tempo para gozar e <u>passear</u> ...
Q21	Para usufruir de algum tempo para descansar e <u>passear</u> .

CATEGORIA	RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)
Sub-categoria	– Dedicar mais tempo à família ( 2C4)
Questionário	
Q14	...e dedicar mais tempo à família.
Q43	... poder desfrutar os restantes anos, com saúde em função da família como não pode fazer antes
Q63	Depois de tantas noites e fins-de-semana fora da família é tempo de ficar pelo menos com os netos.

CATEGORIA	RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)
Sub-categoria	– Fazer coisas que não pode fazer (2C5)
Questionário	
Q9	...poder ainda fazer coisas que não pode fazer antes.
Q32	... e realizar algo que ficou para trás.
Q40	...tempo de realizar o que por falta de tempo não foi possível realizar.
Q43	... poder desfrutar os restantes anos, com saúde em função da família como não pode fazer antes.
Q47	... para que possam fazer alguma coisa que não puderam fazer enquanto trabalham.
Q63	Depois de tantas noites e fins-de-semana fora da família é tempo de ficar pelo menos com os netos.

CATEGORIA	RECOMPENSA DE PODER FAZER OUTRAS COISAS QUE NÃO TEVE TEMPO NÃO DEVE IR ALEM DOS 57/60 ANOS (2C)
Sub-categoria	– Descansar e planear (2C6)
Questionário	
Q11	...dormir durante o dia <u>não garante o descanso</u> necessário.
Q13	...deve ser <u>recompensado em descaso</u> .
Q21	...para usufruir de algum <u>tempo para descansar</u> e passear.
Q31	Para poder integrar e usufruir da nova condição e <u>preparar</u> com lucidez e capacidade a vida na idade avançada que se avizinha.
Q56	A incerteza desta meta impede de <u>fazer projectos</u> .

CATEGORIA	A IDADE DA REFORMA DEPENDE DAS CAPACIDADES DOS ENFERMEIROS (2D)
Sub-categoria	- Suas capacidades e interesses (2D1)
Questionário	
Q5	Com mais idade mesmo que fisicamente bem duvido que esteja <u>psicologicamente bem</u> para cuidar dos outros.
Q18	... cada um tem as suas <u>limitações em tempos diferentes</u> .
Q20	Se a <u>motivação</u> e respeito dos profissionais pelas suas funções tivesse expressão a idade era por <u>opção própria</u> .
Q22	A partir desta idade é difícil poder movimentar e posicionar
Q26	... é <u>difícil mentalizarmo-nos</u> para mais.
Q32	Para que a pessoa <u>tenha ainda algumas capacidades</u> físicas e mentais para tirar proveito do tempo livre
Q35	... a partir desta idade as capacidades físicas e mentais das enfermeiras começam a diminuir.
Q37	Só até aqui nos sentimos com capacidades para desempenhar funções...
Q45	... não se fica em condições de trabalhar.
Q46	Mais não é bom porque não há paciência nem condições físicas e psíquicas...
Q48	... a partir desta idade começamos a perder faculdades...
Q49	... as faculdades mentais físicas e psíquicas vão-se desgastando... ao longo de tantos anos.
Q51	... a partir daí as capacidades físicas e psíquicas começam a falhar para tratamento das pessoas física e psicologicamente carenciadas
Q65	... com mais anos o enfermeiro não tem a mesma paciência...

CATEGORIA	A IDADE DA REFORMA DEPENDE DAS CAPACIDADES DOS ENFERMEIROS (2D)
Sub-categoria	- Saúde mental (2D2)
Questionário	
Q5	Com mais idade mesmo que fisicamente bem duvido que esteja <u>psicologicamente bem</u> para cuidar dos outros.

Q29	... antes de faltar a saúde...
Q31	... preparar com lucidez e capacidades a vida na idade avançada que se avizinha.
Q34	... sem riscos para o enfermeiro e para o doente.
Q49	... as faculdades mentais físicas e psíquicas vão-se desgastando... ao longo de tantos anos.
Q64	Idade em que a saúde física e psíquica não esta posta em causa

## GRADE DE ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS

Área : Reforma tempo de descanso ou segunda carreira (3)

CATEGORIA	VOLUNTARIADO NA ENFERMAGEM COM ALGUMAS CONDIÇÕES (3A)
Sub-categoria	- Depende do horário (3A1)
Questionário	
Q1	... em pirt-time...
Q3	... com horário livre.
Q15	Fazer só algumas horas.

CATEGORIA	VOLUNTARIADO NA ENFERMAGEM COM ALGUMAS CONDIÇÕES (3A)
Sub-categoria	- depende da saúde (3A2)
Questionário	
Q8	... voluntariado dependendo da saúde e capacidades...

CATEGORIA	VOLUNTARIADO NA ENFERMAGEM COM ALGUMAS CONDIÇÕES (3A)
Sub-categoria	- Só nesse regime(3A3)
Questionário	
Q1	... só se for aos 57 anos e em pirt-time.
Q2	... só algumas horas para me ocupar.
Q15	Fazer só algumas horas.

CATEGORIA	VOLUNTARIADO NA ENFERMAGEM COM ALGUMAS CONDIÇÕES (3A)
Sub-categoria	- Numa instituição privada (3A4)

Questionário	
Q23	...enfermagem numa instituição privada.

<b>CATEGORIA</b>	<b>VOLUNTARIADO NA ENFERMAGEM COM ALGUMAS CONDIÇÕES (3A)</b>
Sub-categoria	– Noutras vertentes sociais (3 A5)
Questionário	
Q64	...voluntariado em várias vertentes sociais.

<b>CATEGORIA</b>	<b>ACTIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Pintura(3B1)
Questionário	
Q5	...pintura...
Q31	Ocupar-me lúdicamente... a pintar, a escrever...
Q37	Actividades lúdicas como pintar...

<b>CATEGORIA</b>	<b>ACTIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Trabalhos manuais (3B2)
Questionário	
Q30	...trabalhos manuais...
Q37	Actividades lúdicas como ... e trabalhos manuais.
Q38	...trabalhos manuais.

<b>CATEGORIA</b>	<b>ACTIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Estudar(3B3)
Questionário	
Q20	Investir fora da enfermagem na... e estudar linguas estrangeiras.
Q32	... estudar psicologia e história.

Q42	...estudar artes plásticas.
Q44	...estudar política.

<b>CATEGORIA</b>	<b>ATIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Escultura (3B4)
Questionário	
Q20	Investir fora da enfermagem na escultura...

<b>CATEGORIA</b>	<b>ATIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Informática (3B5)
Questionário	
Q20	Investir fora da enfermagem na... e na informática...

<b>CATEGORIA</b>	<b>ATIVIDADES LUDICAS (3 B)</b>
Sub-categoria	– Abrir loja de roupa (3B6)
Questionário	
Q36	Pretendo abrir uma loja de roupas.