

"EMIGRAÇÃO E SAÚDE: UM ESTUDO DE PORTUGUESAS REFORMADAS EM OTTAWA-CANADA"

VICTOR PEREIRA DA ROSA

JOSIANNE ROMA

Universidade de Ottawa (Canadá)

Abstrat:

In this article, an attempt is made to describe and discuss the personal experiences, as well as the health perceptions and practices of Canadian-Portuguese elderly women living in the Ottawa region. The results indicate that, without exception, all these women had a rather difficult life trajectory however, after retirement, they recognize a positive increase in life satisfaction. Their perceptions of a healthy life style include diverse dimensions: it is physical, mental and spiritual. Finally, they also refer that a balanced nutrition, medical consultation, and physical/social activities are important health practices.

Resumo:

Neste artigo, descreve-se e discute-se as experiências, percepções e práticas de saúde de mulheres idosas de origem luso-canadiana e estabelecidas na região de Ottawa. Os resultados obtidos indicam que, sem exceção, todas as entrevistadas tiveram um percurso de vida difícil. No entanto, chegadas à reforma, declaram-se mais satisfeitas com a vida. As suas percepções de um estilo de vida saudável incluem as dimensões físicas, mentais e espirituais. Por fim, referem igualmente que um regime alimentar equilibrado, as consultas ao médico e as actividades físicas e sociais constituem práticas de saúde fundamentais.

A emigração para um novo país representa um processo bastante complexo. A mulher desenraizada do seu meio de origem é forçada a uma adaptação psicossocial que provoca, muitas vezes, uma situação de crise. A emigração traz consigo uma mudança brusca, agravada pela diferença de culturas e, como é óbvio, pelas exigências de adaptação impostas pelo novo meio. Se bem que, durante décadas a fio, a grande maioria das tarefas agrícolas femininas não fossem contabilizadas nas estatísticas portuguesas, sabe-se como esta contribuição sempre foi imprescindível para a sobrevivência de muitas famílias em Portugal..

Há alguns anos atrás, um dos autores fez uma analogia da emigração com a transplantação de uma árvore que fica sujeita ao fenómeno de aclimatização (Alpalhao e Da Rosa 1983). Com efeito, quando as mudanças são radicais e repentinas, a saúde dos indivíduos fica comprometida. É com propriedade de termos que se pode falar de psicopatologia da transplantação de emigrantes, pois tanto a quantidade como a intensidade das mudanças são factores particularmente propícios ao "stress" e à doença.

As mulheres emigrantes sentem-se profundamente ligadas à família que deixaram na terra natal, uma vez que viviam em estreita colaboração com os familiares, tanto seus como do marido (Cf. Meintel, Labelle, Turcotte et Kempeneers 1985). A nostalgia do passado e do distante é agravada pelo isolamento inicial e pela marginalização imposta pela nova vida de emigrante.

A CULTURA PORTUGUESA TRANSPLANTADA

Dado que a grande vaga de emigração portuguesa para o Canadá atingiu os seus máximos há mais de trinta anos, é óbvio que não só essas pessoas como, sobretudo, os seus descendentes se encontram actualmente bem inseridos na sociedade de acolhimento e que a vida mudou.

Apesar da evolução normal, a família tradicional portuguesa continua, na sua essência, patriarcal. O pai assume, de forma autocrática, o papel de chefe, dispondo dela e decidindo por ela. Do funcionamento interno da família tradicional portuguesa, ressalta que ao homem competia prover exteriormente às necessidades da família, enquanto que a mulher dominava no plano doméstico o que, de acordo com Sally Cole (1997), parece repetir-se no contexto canadiano. É ela a responsável pelo bem-estar das crianças. Em situação de emigração, também é sobretudo às mulheres que compete

preservar e transmitir as tradições portuguesas. No Canadá e segundo Kendall (1992), o facto de tanto o marido com a mulher terem de trabalhar para fazer face às necessidades da família resulta numa maior partilha das obrigações domésticas e das responsabilidades associadas com a educação das crianças.

Os resultados da construção cultural e social dos géneros masculino e feminino têm sido estudados empiricamente. Na opinião de Noivo (1997) e outras feministas, as famílias portuguesas têm sido marcadas negativamente pelos seguintes factores: 1. Subordinação do poder social e económico das mulheres; e 2. Apreensões criadas pela divisão do trabalho segundo o sexo e os papéis desempenhados nas famílias tradicionais.

A mulher imigrante portuguesa sofre, por vezes, de um isolamento extremo. Nalguns casos, trabalha em péssimas condições nas fábricas, em companhia doutras mulheres imigrantes. Além do emprego, também tem à sua responsabilidade cozinhar e fazer outros trabalhos domésticos quando chega a casa. Por conseguinte, tem menos tempo e energia para aprender inglês ou francês, para acompanhar de perto as actividades escolares e sociais dos filhos e, muito menos, para gozar de umas horas de repouso e lazer. As suas actividades sociais limitam-se, quase sempre, às visitas a outras famílias, às pequenas saídas em família ou ver um pouco de televisão. Segundo Nunes (1986), tal situação contribui bastante para o desenvolvimento de sentimentos de solidão.

Num estudo efectuado sobre a imigração e as obrigações domésticas, Meintel, Labelle, Turcotte et Kempeneers (1984) afirmam que as mulheres portuguesas consultam o marido a propósito das actividades de lazer fora de casa. Contudo, se essas saídas se efectuam em companhia de familiares e amigos, são mais aceites pelos maridos. As mesmas autoras, sublinham também que algumas mulheres portuguesas mencionam os demais membros da comunidade como eventuais fontes de críticas e esta condicionante parece ter tanta importância como a autoridade do marido. Como consequência, muitas saídas limitam-se às actividades sociais organizadas pelas igrejas ou às que se realizam no seio da família.

PROBLEMAS DE SAÚDE

Numa tese de doutoramento sobre os portugueses de Montreal, defendida, na Universidade de Montreal em 1975, já Iida-Miranda, referia, entre outros, os seguintes sintomas consequentes dessa situação: diminuição da resistência física; aumento de sensibilidade e da irritabilidade e elevada predisposição para a doença e para os acidentes.

De facto, ao estudar os problemas de saúde de uma população há que atender a diversos factores. No caso concreto das mulheres emigrantes do Canadá, é importante ter em conta não só a situação das condições do meio de acolhimento, mas também as do meio de origem. Como sabemos, durante muitas décadas, a maior parte dos emigrantes portugueses provinha dos meios menos favorecidos, quer do ponto de vista da escolarização, quer das condições económicas. Parece haver uma relação estreita entre saúde e estatuto social, tendo-se verificado que os grupos mais pobres, sob o ponto de vista sócio-económico, apresentam uma taxa de doenças significativamente mais elevada.

No Canadá, e talvez por influência do meio de origem, muitas portuguesas continuam alheias à medicina preventiva e, mesmo em caso de doença, têm como princípio suportar o mal-estar e fazer recurso a soluções caseiras, utilizando os serviços médicos apenas nos casos de gravidade de maior risco.

Como ficou dito, é óbvio que os factores saúde e doença estão directamente relacionados com a classe social, o nível de educação, o estrato económico, as condições de alojamento, o meio ambiente, as atitudes culturais de compreensão da saúde e da doença e, bem assim, com a capacidade de utilizar os serviços de saúde disponíveis.

Nestes factores e no que respeita à utilização dos serviços médicos, não conta apenas a percepção que os imigrantes têm dos referidos serviços, mas são de considerar ainda os condicionalismos e os limites a que estão sujeitos.

Continua a ser notória a falta de médicos, pessoal de enfermagem e trabalhadores sociais habilitados, sob o ponto de vista linguístico e cultural, de forma a oferecerem serviços que tenham em conta os limites reais da clientela em causa. Se algum progresso tem sido feito nos últimos anos, não é menos verdade afirmar que, talvez devido à baixíssima percentagem de canadianos de origem portuguesa em instituições de ensino superior, continuamos a ser uma comunidade com grande falta de profissionais, sobretudo no campo da saúde.

É evidente que os serviços de saúde apenas conseguirão ser eficazes na medida em que considerem os imigrantes na sua situação concreta, e sejam organizados em função da clientela a que se destinam. Sendo de apreciar o esforço das autoridades competentes no sentido de resolver os problemas e ir ao encontro das necessidades dos imigrantes, particularmente com a criação de serviços a eles destinados, há que lastimar, no entanto, as iniciativas inspiradas em situações abstractas. Numa tentativa de diagnosticar os insucessos, será de considerar o facto de a planificação dos serviços prescindir, frequentemente, quer do parecer, quer da colaboração dos imigrantes em causa.

Segundo Ethel Roskies, a vulnerabilidade dos emigrantes portugueses à doença aumenta proporcionalmente à duração da estadia. João A. Alpalhao e Victor Pereira Da Rosa (1983:179), escreveram que estes imigrantes eram portadores de uma reserva de energia psicossomática que se vai esgotando progressivamente e, na opinião da referida Iida-Miranda (1975), parece que as mulheres são mais afectadas pela mudança do que os homens.

SAÚDE E MULHERES IDOSAS DE COMUNIDADES ÉTNICAS

Quando se fala de saúde, as mulheres idosas, que pertencem a minorias étnicas, confrontam-se com uma realidade bastante chocante. Em primeiro lugar, a sociedade de acolhimento espera que estas mulheres, sem ter em conta a sua etnicidade, desempenhem o papel de protectoras da saúde da família, quer esta seja de ordem física, psicológica, social ou espiritual. Quase todas as mulheres sabem como a saúde é importante. Porém, não é raro negligenciarem esta dimensão da vida devido à falta de tempo.

Gale e Erickson (1997), num estudo sobre a relação existente entre os factores étnicos e o recurso que as mulheres idosas fazem aos serviços de saúde, concluem que, no que concerne o apoio social em termos de saúde, existem diferenças significativas entre as mulheres de grupos minoritários e as norte-americanas em geral. Com efeito, as mulheres de grupos minoritários atribuem uma maior importância às relações familiares. Este tipo de apoio social contribui para a aproximação da cultura dominante com a cultura de origem.

Meintel e Perissini (1993) sublinham que seria recomendável que os serviços destinados a mulheres idosas de comunidades étnicas sejam mais acessíveis em termos de utilização da língua de origem e que devem estar localizados nas comunidades às quais elas pertençam. Acrescentaríamos que estas

mulheres também devem ultrapassar vários obstáculos como, por exemplo, a falta de informações relacionadas com a saúde e a insensibilidade cultural de muitos profissionais neste campo.

O estudo de Zhan e seus colegas (1998) demonstrou que as mulheres étnicas de idade identificaram, que para elas, os seguintes comportamentos de promoção da saúde eram fundamentais: mexer-se, consultar o médico e alimentar-se convenientemente.

ESTUDO DE CASO

CARACTERIZAÇÃO

Este estudo permitiu entrevistar dez mulheres idosas da comunidade portuguesa de Ottawa. O que se segue é um resumo das principais características sócio-demográficas. Usaram-se pseudónimos para proteger a anonimato das participantes. Adélia, Rosalina, Lucia, Maria do Carmo, Odília, Silvia, Filomena, Josefa, Mariana e Amélia, são todas portuguesas: duas nasceram no Minho, sete nos Açores (São Miguel, São Jorge e Faial) e uma em Moçambique. As idades estão compreendidas entre 65 et 72 anos e a escolaridade limita-se à terceira ou quarta classe. Com uma excepção, todas se estabeleceram no Canadá a partir de 1956, sobretudo na década de 1960, e tinham entre 25 e 35 anos. Todas mencionaram que sempre trabalharam muito para sobreviver e facilitar um melhor futuro para os filhos. Algumas foram donas de casa, porém a maioria encontrou emprego no sector das limpezas, uma era costureira e outra trabalhou numa padaria. Quanto aos maridos: um era empregado do governo e outro nas limpezas, mas , como seria de esperar, era na construção que quase todos trabalhavam. Quatro eram viúvas e seis casadas. Sem excepção, todas referiram a importância da proximidade e da presença de familiares, sublinhando o apoio da família nuclear (filhos e netos) e, em geral, também da família extensiva. Todas disseram sentirem-se bem de saúde e, como é comum nesta idade, os problemas indicados eram : dores nas pernas, diabetes, tensão alta, problemas da tiróide, inflamação dos rins, osteoporose, reumatismo, problemas cardíacos, dores de cabeça, tonturas e problemas gastrointestinais.

PERCURSO DE VIDA

O percurso de vida das entrevistadas é caracterizado por eventos importantes durante a infância, a adolescência, a idade adulta e a reforma. Mesmo na infância e na adolescência, as participantes ajudavam o pai no campo e a mãe nas tarefas de casa.

Nós trabalhávamos no campo, guardávamos os animais. Naquele tempo nós não pensávamos na actividade física. Fazíamos actividade física sem saber... Eu quero dizer que trabalhamos forte, com o nosso corpo, fisicamente, e quando chegava a noite nós queríamos apenas descansar... Quando era nova, comecei com 9 anos a trabalhar numa taberna. Lavava a loiça e o chão, e fazia muita coisa em só meio-dia e no outro meio-dia guardava as ovelhas na montanha (Silvia).

Quer saber o que fazíamos? Nos íamos à escola, ajudávamos o meu pai... Ajudávamos também a minha mãe a tomar conta dos meus irmãos mais novos, e quando começamos a crescer, nós éramos 4 irmãs, mas cada uma tinha a sua semana para fazer o trabalho da cozinha. Outro trabalho era lavar a roupa, fazer as camas, limpar a casa e tinha 3 que não trabalhavam em casa: íamos ajudar o meu pai no campo... (Josefa)

A fase adulta é a mais importante na vida das participantes. É marcada por eventos tais como o casamento, o nascimento dos filhos e a imigração para um país novo – neste caso o Canadá.

Os comentários das participantes ilustram bem como a vida era cheia de responsabilidades: «eu tomava conta dos meus filhos e fazia o trabalho de casa» (Rosalina); «eu tinha de criar os meus filhos. Com cinco filhos em casa, era um desporto» (Odília); «estava muito ocupada a tomar conta dos meus filhos, os filhos chegaram logo depois de casar» (Mariana); «depois de casar não tinha tempo para fazer renda, não tinha tempo porque eu tinha de fazer os serviços de casa e criar o meu filho» e «o meu desporto era trabalhar» (Amélia). A actividade física destas mulheres era o trabalho fora de casa, portanto remunerado, e o trabalho doméstico que não é remunerado.

Porque eu tinha três filhos em casa e ia trabalhar todos os dias. Tinha três filhos em casa e um marido, tinha de fazer lanches para cinco pessoas todos os dias, e lavar roupa... lavava e limpava a casa (Josefa).

É óbvio que o nascimento dos filhos transformaram a vida das participantes : aumentou as responsabilidades e diminuiu o tempo livre. As mulheres falam da importância de criar os filhos e os sacrifícios que daí resultaram. O nascimento dos filhos é um momento importante nas suas vidas:

Depois de ter filhos, a vida muda. Temos de ter mais tempo para tomar conta deles e lhes dar de comer. Tinha de se lavar a roupa e passar a roupa a ferro porque a roupa estava sempre fria. O meu marido passava a ferro. Era uma vida muito diferente da de hoje. Eu tinha de tomar conta deles e fazer comida para quando o meu marido chegasse a casa do trabalho (Mariana).

Não é apenas o nascimento dos filhos que vem mudar o equilíbrio familiar das participantes. Com o início da imigração para o Canadá e com a crise económica em Portugal, os maridos pensaram que a emigração lhes proporcionaria uma oportunidade de começar uma vida nova e dar um melhor futuro aos filhos.

As participantes indicam sentirem-se felizes no país que as acolheu porque, antes, tinham tido uma vida muito difícil: «sempre gostei do Canadá, era diferente, difícil, muito trabalho, mas sempre gostei» (Maria do Carmo); «para o meu marido foi difícil a adaptação a uma vida diferente» (Filomena); «era difícil quando eu cheguei, [mas] lá [em Portugal], a minha vida era ainda mais difícil.... No Canadá, trabalhei muito, de noite e de dia. Eu trabalhei forte... outra dificuldade foi a língua» (Amélia).

Depois de 7 anos (em França), o Canadá pediu imigrantes. . . . Ele (o marido) chegou a casa e disse-me que íamos para o Canadá.... Como era uma ideia que ele já tinha, eu disse que sim, vamos...Ele informou-se, e disse-me que não pagamos para nada, depois de duas ou três semanas, telefonaram para uma entrevista....Tínhamos o que eles estavam à procura, uma família nova, trabalhadora, honesta e, então, eles disseram: «Se vocês quiserem, podem ir»....Em França estávamos bem, eu e ele, mas não víamos futuro para os nossos filhos porque, em França, os imigrantes passam depois dos franceses, naquele tempo....Eles disseram que aqui tinha mais futuro....O dia 14 de Setembro de 1966, embarcámos para o Canadá, chegámos a Montreal e eu dizia "aonde estamos?". Estávamos à espera de outro avião para ir para o Canadá....As 11h00 da noite, chegámos a Ottawa, mas eu tinha muito medo de morrer, o meu marido era um homem silencioso, ele

não dizia nada, mas estava cheio de medo...nós não conhecíamos ninguém aqui, não tínhamos nem amigos nem família, nada. Foram as pessoas da imigração que vieram buscar a gente e levaram-nos para um hotel...Com o tempo, ajustámo-nos mas foi muito, muito difícil. Felizmente que éramos novos e em boa saúde porque senão não podíamos ter passado através dessa situação, foi muito difícil (Silvia).

Para melhor compreender a vida que estas mulheres têm presentemente, é importante identificar as suas actividades principais que exercem quando chegam à reforma. Para todas, este momento é o princípio duma nova vida com menos responsabilidades e preocupações. Muitas participantes indicam que desde que se reformaram têm mais tempo para dedicar às actividades de que gostam, como passear a pé, nadar, dançar, sair com as amigas e fazer exercício. Também se referem à maior participação em actividades sociais que elas, até essa data, não podiam ter.

Eu já não tenho responsabilidades; não tenho filhos em casa, faço o que quero. Saio de casa quando quero (ela ri) e gosto de fazer natação, eu gosto de jogar a "pétanque", danço em linha todas as semanas, gosto de sair com as minhas amigas, gosto de ir ao restaurante, de vez em quando, com as minhas amigas e gosto de andar... agora eu saio e faço muitas coisas. Quando tinha filhos em casa não fazia nada, só o jantar, lavar louça e toda essas coisas. Isso era o meu desporto [ela ri] (Odília).

Sim, eu sou mais livre, eu tenho mais tempo. Eu faço parte de um grupo de oração que eu não tinha tempo de fazer quando era nova. Eu não tinha tempo. Eu passo as sextas-feiras com Nosso Senhor toda a noite. Eu faço isso porque tenho tempo e estou bem disposta, eu tenho tempo (Mariana).

RESULTADOS: PERCEPÇÕES DA SAÚDE

Todas as participantes deram uma definição da saúde, elas especificaram que a saúde é constituída pela dimensões física e mental. Indicam que estar de boa saúde é não estar doente, não ter dores, e sentir-se bem mentalmente, não andar com tristezas ou depressões. Também dizem que a saúde é « a oferta mais bonita que Deus pode dar».

A definição de saúde, é a tua mentalidade. É o teu mental, a tua maneira de não pensar muito na doença. Se pensas muito na doença, é terrível. Para mim, é mais o mental, é sempre a tua maneira de pensar, a maneira que tu vês as coisas, a maneira que és para os outros. Isso para mim é a saúde, porque o resto vem com... Temos de ser positivos (Silvia).

É não ter dores, poder andar, poder-se mexer, falar e fazer a sua vida (Josefa).

Para as participantes, a saúde é um aspecto fundamental nas suas vidas. Indicaram que muitos elementos podem ser benéficos à sua saúde. A prática de actividades físicas é um aspecto que todas mencionaram. Um outro aspecto em comum foi a alimentação. As participantes associam o alimentarem-se bem e o terem boa saúde.

Quanto às percepções das participantes do seu estado de saúde, cinco participantes indicaram que estavam bem, porque não têm dores e são capazes de fazer muitas coisas e consideram-se autónomas.

Sim, eu sou. Porque se eu estivesse doente, sentia que não podia fazer as coisas da vida, mas até hoje eu tenho feito, mas, como eu disse, sem contar as dores de cabeça, o resto vai muito bem (Josefa).

Eu acho que sim, para 66 anos de idade, eu penso que sim... Porque não tenho dores e porque sei que muita gente sofre de dores e eu, graças a Deus, não tenho dores (Filomena).

As cinco participantes que mencionaram não se sentirem bem, associaram o seu estado a problemas de saúde.

A minha saúde não é muito boa porque eu tenho diabetes, eu tenho problemas com o fígado e «varizes» nas pernas. Mas há mulheres que estão piores que eu, com câncer. Eu sou feliz (Rosalina).

Podia ser pior. Há muitas que estão piores do que eu, também há algumas que estão melhores, mas eu compreendo. Eu compreendo, porque quando nós trabalhamos muito na vida ... (Silvia)

Quase todas as participantes indicaram estar bem de saúde, com a excepção das que mencionavam ter alguns problemas. O Ministério da Saúde do

Canadá (1999) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1999), afirmam que, contrariamente aos homens, as mulheres de idade são mais susceptíveis às doenças crónicas, à osteoporose, à diabetes, à tensão alta, à incontinência e à artrite. Estes resultados assemelham-se às respostas obtidas neste estudo. Na investigação de Kendall (1992), ele concluiu que os problemas de saúde mais frequentes na comunidade portuguesa são a artrite, a ansiedade, o stress, a tensão alta, as alergias e a obesidade. As únicas semelhanças entre estes problemas de saúde e os das participantes no nosso estudo são a artrite e a tensão alta. As diferenças encontradas devem-se ao facto de Kendall ter estudado homens e mulheres de todas as idades e numa cidade de alta densidade demográfica. Os problemas de saúde de que sofrem as nossas entrevistadas podem ser atribuídos às condições difíceis em que trabalharam toda a vida. Como já foi dito, estas mulheres trabalharam, sobretudo, na limpeza ou nas lides domésticas. Na maioria dos casos, as tarefas domésticas parecem ter tido um grande impacto na saúde física das participantes e poderia explicar, em parte, os seus actuais problemas de saúde. Contrariamente às conclusões a que chegou o Conselho Canadano da Terceira Idade, quando afirma que os idosos de grupos etnoculturais são mais vulneráveis aos problemas mentais (causados pelo desfasamento cultural ou pela carência de contacto com membros da família), as participantes neste estudo não reconheceram terem problemas de saúde mental. Antes pelo contrário. Este bom estado de saúde mental está certamente relacionado com a proximidade da família e da comunidade portuguesa.

RESULTADOS: PRÁTICAS DE SAÚDE

As práticas de saúde resumem-se a uma alimentação equilibrada, à consulta médica, à actividade física e à vida social.

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA

A nutrição é muito importante para as participantes. Afirmam que alimentar-se bem é essencial á manutenção da saúde. Assim, dizem que comer fruta, legumes, peixe, saladas e carne com pouca gordura faz parte deste processo.

Agora para manter a saúde, faço atenção à comida. Vou andar [a pé], porque isso é importante. Quando posso, vou andar e limpo a minha casa, mas não é tanto como antes, porque tenho muitas dores (Sílvia).

Faço atenção à comida, não como muito para não engordar e faço atenção de não comer alimentos com muita gordura (Josefa).

CONSULTA MÉDICA

As práticas de saúde são muito importantes para elas. Entre outras, as consultas médicas. De facto, elas consultam o médico quando têm uma gripe ou quando aparece alguma dor imprevista. O médico fornece-lhes informações com respeito à saúde, e encoraja a actividade física e uma alimentação equilibrada. O facto do médico ser de origem portuguesa torna-se uma vantagem, por causa da facilidade de comunicação. É óbvio que as participantes seguem as recomendações do médico. A Mariana, por exemplo, indica que o seu médico tem sugerido para ela ir andar a pé porque é bom para a saúde. Ele realça que tanto pode ser na rua como num centro comercial.

Eu gosto de andar. O médico diz que é muito bom andar um pouco. Mesmo quando está frio, vou andar todos os dias. As vezes eu vou ao St.-Laurent Shopping, e vou lá para andar. O médico diz que é a mesma coisa do que andar na rua. Por vezes, ando duas ou três horas (Mariana).

ACTIVIDADE FÍSICA

A prevenção é importante para reduzir a vulnerabilidade à doença e, assim, otimizar a saúde. As participantes identificam um leque de estratégias para manter a saúde, sendo a actividade física a mais importante.

Sim, eu faço mais atenção à minha saúde porque tenho problemas com o coração. Também tenho de fazer exercício, mas, quando o faço, fico com dores de cabeça. Canso-me muito. Faço só as coisas de casa e vou andar um pouco. Quando vou, é com o meu marido, nós fazemos a volta aqui, quando é no verão [ela ri]. E quando vou ao «shopping» eu ando muito e nunca paro. Sinto-me bem e contente porque eu preciso de andar (Filomena).

As participantes também identificam certas estratégias de saúde pelas quais optam presentemente, mas que não faziam quando eram mais novas. Elas indicam que devem andar a pé porque é uma actividade acessível e na qual têm prazer pois permite-lhes passar tempo com o marido ou com os netos.

ACTIVIDADE SOCIAL

Outro aspecto importante que as entrevistadas mencionam para se manterem em boa saúde é a vida social. Elas sugerem actividades como: sair de casa, distrair-se, fazer renda, falar com outras pessoas e manterem-se interessadas nas coisas do pensamento, evitar certas situações e ter uma atitude positiva.

Sim, sair de casa, distrair-se e falar com gente faz muito bem e evita pensar nas coisas negativas. Muitas pessoas de idade -- eu não -- têm problemas na vida, como eu os tive quando era nova. Se pensamos nessas coisas, faz-nos mal. Sair e falar com outras pessoas ajuda muito a nossa saúde. Também faz esquecer (Amélia).

A prevenção da doença é muito importante para as participantes. Elas mesmas indicam várias estratégias como ter uma alimentação equilibrada, fazer exercício físico, sair de casa, fazer renda, distrair-se e falar com outras pessoas.

CONCLUSÕES

A primeira conclusão a tirar do estudo de caso aqui apresentado é que, não obstante os difíceis percursos de vida das mulheres entrevistadas (incluindo a juventude vivida em Portugal, o casamento, o nascimento dos filhos, a emigração para o Canadá, as obrigações de trabalho em casa e fora, etc.), elas sentem-se satisfeitas com o passado e orgulhosas da sua "portugalidade". Em geral, todas são optimistas quanto à vida actual e ao futuro. De facto, estamos perante mulheres que tiveram vidas difíceis e que conseguiram o objectivo de proporcionar melhores oportunidades aos filhos do que aquelas que elas próprias tiveram. Sentem-se satisfeitas com o estilo de vida que têm presentemente.

Outra conclusão que merece ser sublinhada tem a ver com a percepção de saúde das participantes, que são bem positivas. A definição de saúde por elas proposta contém elementos associados às dimensões físicas, mentais e sociais. No que toca às práticas de saúde, a maioria das participantes mencionam a importância de uma alimentação equilibrada, regularidade das visitas ao médico, e também a participação em actividades físicas e sociais. Com estas estratégias, elas acreditam poder evitar a doença e, assim, manterem-se

em boa saúde. Em geral, as opções que fazem em termos de saúde são decisivas, o que nos leva a concluir que elas estão bem informadas e sabem o que é essencial para se manterem em boa saúde.

Não temos dúvidas ao afirmar que o processo da imigração comporta mudanças a todos os níveis, os quais podem levar a problemas de saúde. Estes têm, por vezes, a sua etologia no país de origem. Aos serviços de saúde e de assistência social cabe o papel fundamental de estudar a população que devem servir, tendo em conta o seu passado, o ritmo da sua inserção na sociedade de acolhimento e o objectivo de uma integração verdadeiramente salutar.

Para terminar, queremos apresentar algumas recomendações. A nível académico seria importante continuar a estudar a problemática da saúde nas comunidades étnicas, em particular na comunidade portuguesa do Canadá. Também, seria recomendável aprofundar o conhecimento das questões da saúde dos subgrupos da comunidade, como por exemplo analisar as diferenças entre a primeira, segunda e terceira gerações. Seria igualmente interessante entrevistar mulheres idosas de outros grupos étnicos do sul da Europa, como espanholas, italianas ou gregas. O objectivo seria comparar e contrastar os indicadores de saúde característicos destas comunidades. Outro estudo revelador seria obter dados sobre as mulheres idosas que vivem em Portugal continental, nos Açores ou na Madeira e que não viveram a experiência da imigração. O objectivo seria medir os níveis de aculturação/assimilação para verificar se estes afectam a saúde das mulheres idosas imigrantes.

Reconhecemos igualmente a necessidade de criar serviços de saúde especificamente destinados aos idosos de origem étnica, particularmente para os membros da comunidade portuguesa. Apenas assim, estes últimos terão acesso a cuidados de saúde na sua língua materna e que sejam sensíveis às suas necessidades culturais.

Um último comentário vem a propósito da comunidade portuguesa de Ottawa – certamente aplicável também à cidade gémea de Hull-Gatineau: é urgente e necessário estabelecer um lugar onde os idosos possam juntar-se para participarem em actividades físicas e sociais. As entrevistadas neste estudo indicaram que tal lugar poderia diminuir o isolamento em que vivem muitos idosos. Também é essencial encorajar os portugueses a sair para se divertirem, conviver uns com os outros e participar em jogos. O denominador comum desta população é, sem dúvida, a cultura portuguesa.

* Uma palavra de agradecimento é devida ao grupo de pesquisa do qual, além de Josianne Roma, também faziam parte G. Rail, H. Dallaire, S. Laberge e P. Voyer. Reconhece-se igualmente o apoio do Social Sciences and Humanities Research Council of Canada.

BIBLIOGRAFIA

ALPALHÃO, J.A. e Da Rosa, V.M.P..

1983 *Da Emigração à Aculturação*. Lisboa: Imprensa Nacional/Casa da Moeda.

CCNTA.

1999 *1999 et après : Les défis d'une société canadienne vieillissante*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services Canada.

CCNTA.

1993 *Vieillir et le CCNTA: La position du CCNTA sur les événements de la vie des femmes âgées*. Ottawa: Ministère des Approvisionnement et Services Canada.

COLE, S.

1997 "Género e Família na Construção das Identidades Portuguesas no Canadá". *Antropológicas*, 1, 3-17.

GALE, B. J. e Erickson, J. R.

1997 *How race affects health services use by older women*. Health Care for Women International, 18, 221-232.

IIDA-MIRANDA, M.L.

1975 *La relation entre les changements récents et les maladies chez les immigrants portugais à Montréal*. Thèse de doctorat en psychologie, Université de Montréal.

KENDALL, P.R.W.

1992 *The Portuguese Canadian community in Toronto*. Toronto: Health Promotion and Advocacy Section of the City of Toronto Department of Public Health.

MEINTEL, D. e Peressini, M.

1993 "Seules et âgées en milieu urbain: une enquête auprès de Montréalaises de trois groupes ethniques ». *Revue Internationale d'Action Communautaire* 29 (69), 37-45.

MEINTEL, D., Labelle, M., Turcotte e Kempeneers, M.

1985 « La nouvelle double journée de travail des femmes immigrantes au Québec ». *Actions et recherches sociales*, 14 (54), 33-44.

MEINTEL, D., Labelle, M., Turcotte e Kempeneers, M.

1984 "Migration, wage labor, and domestic relationships: Immigrant women workers in Montreal". *Anthropologica*, 26 (2), 135-169.

NOIVO, Edite.

1997 *Inside Ethnic Families*. Montreal: McGill University Press.

NUNES, Fernando.

1986 *Problems and Adjustments of the Portuguese Immigrant Family in Canada*. Porto: Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas Centro de Estudos.

OMS.

1999c *Les Hommes et les femmes vieillissent de la même manière*. (disponible) http://www.who.int/archives/whday/fr/pages1999/jms99_4.html (5/3/00).

SANTE CANADA.

1999 *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Ottawa: Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

ZHAN, L., Cloutterbuck, J., Keshian J., e Lombardi, L.

1998 "Promoting health: perspectives from ethnic elderly women". *Journal of Community Health Nursing*, 15(1), 31-44.