

Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes

Bárbara Bäckström*

Resumo Este artigo resulta de um estudo em que se pretendeu entender a relação entre condições socioeconómicas, saúde e envelhecimento ativo. Identificaram-se as atividades relacionadas com o envelhecimento ativo, a relação com a saúde, as estratégias utilizadas e os seus determinantes. Optámos por uma metodologia qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas e os dados recolhidos foram tratados através de uma análise de conteúdo temática. Analisámos dois grupos socioeconómicos de idosos cabo-verdianos, num total de 22 entrevistados, de ambos os sexos. O grupo socioeconómico interfere diretamente nas questões do envelhecimento ativo. Evidencia-se que na categoria social mais elevada a condição socioeconómica determina o envelhecimento ativo mais do que as questões de saúde. No grupo de condições socioeconómicas mais baixas, a condição socioeconómica atua a par das condições de saúde e ambas determinam as atividades que os idosos desenvolvem.

Palavras-chave idosos, imigrantes, saúde, envelhecimento ativo, grupos socioeconómicos, cabo-verdianos.

Abstract This article results from a study that seeks to understand the relationship between socio-economic conditions, health and active ageing. We identified the activities related to active ageing in relation to health, the strategies used in active ageing and their determinants. We chose a qualitative methodology based on semi-structured interviews and the data was processed through a thematic content analysis. Two socioeconomic groups of elderly Cape Verdean, involving 22 interviewees of both sexes, were analyzed. We found out that the socio-economic condition interferes directly in the affairs of active aging. In the group with a higher social position, socioeconomic condition determines the active aging rather than health issues. In the group with a lower social position, the socio-economic conditions acts in parallel with health conditions and both determine the activities that older people develop.

Keywords elderly, immigrants, health, active ageing, socioeconomic groups, Cape Verdeans.

* Investigadora do CEMRI, Universidade Aberta (barbarab@univ-ab.pt).

Envelhecimento ativo e saúde num estudo de caso com idosos imigrantes

Bárbara Bäckström

Envelhecimento da Sociedade

Entre o início e o fim do século XX a população mundial mais do que triplicou o seu número, tendo sido há pouco tempo celebrados os 7 milhares de milhão de indivíduos. Este aumento não se processou de modo linear ao longo do tempo, sendo fundamentalmente a partir da segunda metade do século XX que o crescimento da população acelerou. De acordo com as projeções das Nações Unidas, o mundo poderá, em 2050, contar com cerca de 9 milhares de milhão de indivíduos (Valente Rosa, *et la.*, 2004).

Paralelamente a esta evolução demográfica mundial, o processo de envelhecimento adquire progressiva nitidez planetária. Efetivamente, é no grupo etário dos idosos que se esperam os acréscimos populacionais mais significativos até 2050. A população com 60 ou mais anos, poderá atingir, em 2050, os 1,9 milhares de milhão. E neste grupo etário cabe destaque para os idosos mais velhos (com 80 ou mais anos), grupo de idades que poderá atingir 377 milhões em 2050 (Valente Rosa, *et la.*, 2004).

Sem dúvida, um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, e o que era antes o privilégio de poucos, chegar à velhice, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Como refere Fernandes (2008), para além da relação global entre crescimento demográfico e desenvolvimento económico, a transição demográfica leva a duas consequências: o envelhecimento das estruturas demográficas e os movimentos migratórios. Um dos resultados dessa dinâmica é uma procura crescente dos serviços de saúde. O idoso consome mais serviços de saúde, tem internamentos hospitalares frequentes e o tempo de ocupação das camas é maior quando comparado a outras faixas etárias. Em geral, as doenças dos idosos são crónicas e múltiplas, perduram durante vários anos e exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (Lima-Costa e Veras, 2003).

Envelhecimento ativo e os seus determinantes

O conceito de envelhecimento ativo é, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), um processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. A palavra "ativo" refere-se à continuação da participação em atividades sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas e não só meramente à força física

ou à participação no mercado de trabalho. Aliás, a participação no mercado de trabalho pode ser uma necessidade econômica e o trabalho uma obrigação devido à carência de recursos, sobretudo os que pertencem aos grupos sociais mais baixos e sem que signifique envelhecimento ativo, não associado a um prazer, a uma opção, mas sim a uma obrigação e necessidade. Ter de trabalhar já idoso é um tipo de envelhecimento ativo diferente e forçado associado ao trabalho e não ao lazer. Com a crise e a falência do Estado-Providência, caminhamos neste sentido.

O envelhecimento deve ser uma experiência positiva e deve ser com a melhor qualidade de vida possível. No nosso entender, o conceito de envelhecimento ativo pode até incluir o trabalho, uma atividade profissional, desde que seja uma atividade realizada e mantida de forma opcional e que contribua para a felicidade e bem-estar do idoso. Nos casos em que o trabalho é mantido por obrigação e necessidade, sem contribuir positivamente no processo de envelhecimento, não consideramos uma forma de envelhecimento ativo.

Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, nomeadamente, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde e por mais anos. Deve-se integrar uma abordagem que respeite as especificidades do género tendo em conta não apenas as diferenças biológicas entre homens e mulheres, mas, também, a construção dos papéis sociais que dão forma à identidade, ou seja, uma abordagem segundo o género permite compreender as diferenças nas necessidades sociais e de saúde entre homens e mulheres, de acordo com os diferentes modos como ambos vivem e envelhecem.

Deve-se também respeitar a cultura, que abrange todas as pessoas e populações, modela a nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo (Assis, 2005). Os valores culturais e as tradições determinam de forma indelével como uma sociedade encara as pessoas idosas e o processo de envelhecimento. Por exemplo, em muitos países asiáticos, a regra cultural é a valorização de famílias ampliadas e a vida em conjunto em lares com várias gerações da mesma família em que o idoso é especialmente venerado, como transmissor da «história familiar». Os fatores culturais também influenciam na busca por comportamentos mais saudáveis. A cultura e o género, sendo determinantes transversais, influenciam os outros determinantes de um envelhecimento ativo, interferindo não apenas na forma como as gerações se inter-relacionam, como também nos comportamentos relativamente à saúde e à doença. Nas sociedades em que culturalmente se associa o envelhecimento à fatalidade das doenças “próprias da idade” dá-se, geralmente, menos importância e prioridade às medidas de prevenção e deteção precoces, sendo negligenciados os cuidados de saúde adequados a este grupo etário e canalizados os recursos, preferencialmente, para a população adulta, considerada produtiva. A vulnerabilidade da pessoa idosa pode aumentar ou diminuir

e baseia-se em diferentes fatores, não completamente independentes (Paúl, 2005). Determinantes fundamentais do envelhecimento ativo e saudável são a manutenção dos papéis sociais e as redes de suporte social formais e informais. O idoso sente-se motivado e ativo quando mantém os seus papéis sociais, por exemplo, o estímulo para o exercício da cidadania e a participação nas tomadas de decisão em família. No entanto, estas atividades não estão dissociadas da capacidade económica dos indivíduos.

Políticas e programas de apoio ao envelhecimento

O envelhecimento tem centrado as atenções de políticos e investigadores. A União Europeia tem promovido orientações políticas que vão no sentido de minimizar os impactos negativos do envelhecimento. Uma grande parte da população idosa vive em situação de risco de exclusão social e pobreza relacionados com a idade. A vulnerabilidade associada ao envelhecimento representa uma preocupação nos países europeus onde existem sistemas de proteção social, mas em que não prevalecem em grande intensidade as estruturas tradicionais de solidariedade, ditas informais, como são a família ou os vizinhos. Neste processo global de envelhecimento demográfico, e com a crise dos Estados Sociais, surgem novos problemas que põem em causa a eficácia das políticas públicas de proteção social, comprometendo a sustentabilidade financeira do sistema. Em Portugal, as políticas públicas não têm sido uma questão amplamente debatida e rapidamente caminhamos para os níveis de envelhecimento dos restantes países europeus. Assistimos a algumas iniciativas políticas de carácter institucional da Comissão Nacional para a Política da Terceira Idade, da Secretaria de Estado da Família, da Direção Geral da Família, do Observatório e do Conselho Consultivo para os Assuntos da Família (Veloso, 2008).

O Programa Nacional para a Saúde da Pessoa Idosa, promovido pela Direção Geral de Saúde, reflete a estratégia seguida no nosso país e fundamenta-se nos princípios postulados pela ONU: independência, participação, autorrealização e dignidade do idoso. Em Portugal, um fator que irá ter certamente um lugar importante na evolução das estruturas demográficas relaciona-se com as migrações, quer externas quer internas. As migrações externas tanto podem atuar como um travão no processo global de envelhecimento, como podem ser um fator de aceleração deste processo.

Políticas dirigidas a imigrantes

No processo que tem caracterizado o percurso evolutivo das sociedades humanas à escala mundial, o aumento da circulação de pessoas entre países tornou essencial o estabelecimento de normas internacionais com o objetivo de garantir a proteção social e de saúde de quem se desloca de um Estado para outro. A par do desenvol-

vimento dos sistemas nacionais de proteção social, ganhou relevo a coordenação internacional das legislações de segurança social, isto é, a sua aplicação conjugada e coerente aos trabalhadores migrantes e suas famílias, sem alterar a estrutura e características das legislações em presença. A coordenação internacional de legislações de segurança social assenta nos princípios básicos de igualdade de tratamento, que constitui o seu objetivo principal e pretende evitar que a nacionalidade seja um obstáculo à sua aplicação. No âmbito bilateral, Portugal tem convenções/acordos celebrados com diferentes países (nomeadamente o Brasil e Cabo Verde). Embora tenham sido celebradas convenções sobre segurança social entre Portugal e Angola, entre Portugal e a Guiné-Bissau, entre Portugal e S. Tomé e Príncipe e entre Portugal e a Ucrânia, não se encontram estas em vigor, uma vez que as outras partes ainda não cumpriram as respetivas formalidades internas para o efeito.

Em termos de políticas de saúde dirigidas a imigrantes, um estrangeiro que se encontre em território nacional tem o direito a ser assistido num centro de saúde ou num hospital. Esse direito está regulado no Despacho n.º 25 360/2001 (Bäckström, 2009; Pussetti *et al.*, 2009). Os imigrantes com e sem autorização de residência devem exhibir o comprovativo da sua área de residência no primeiro caso e, no outro, têm de pedir um atestado de residência na junta de freguesia, comprovando que moram em Portugal há mais de 90 dias. Em termos de pagamentos dos serviços de saúde do SNS, quem efetue descontos para a Segurança Social faz os pagamentos em condições de igualdade com os cidadãos nacionais, pagando a “taxa moderadora”, de acordo com as taxas em vigor. Aos que não efetuem descontos para a Segurança Social poderão ser cobradas as despesas realizadas de acordo com as tabelas em vigor, excetuando se alguém do seu agregado familiar efetuar os descontos. Para além deste despacho, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa têm ainda acordos de cooperação com Portugal para assistência médica a cidadãos dos PALOP. A assistência médica, em Portugal, tem constituído um dos eixos estratégicos importantes no reforço da cooperação internacional no domínio da saúde (DGS, 2010).

Imigrantes em Portugal e envelhecimento

No final de 2010, a população estrangeira residente em Portugal totalizava 445.262 cidadãos. De acordo com o relatório do SEF de 2010, houve um decréscimo de imigrantes residentes em Portugal face ao ano precedente que quebra a continuidade do crescimento da comunidade estrangeira em Portugal nos últimos anos. Como nacionalidades mais representativas surgem o Brasil, Ucrânia, Cabo Verde, Roménia, Angola e Guiné-Bissau, sem que se verifiquem alterações em termos das dez principais nacionalidades. O Brasil mantém-se como a comunidade estrangeira mais representativa, com um total de 119.363 residentes. A Ucrânia permanece como a segunda comunidade estrangeira mais representativa (49.505), seguida de Cabo Verde (43.979), Roménia (36.830), Angola (23.494) e Guiné-Bissau (19.817 cidadãos)

(SEF, 2010). Segundo o INE, da população imigrante residente em Portugal a 31 de dezembro de 2010 (445.262), 85,47% estava em idade ativa (idades compreendidas entre 15 a 64 anos), 10,21% eram jovens (com menos de 15 anos de idade) e 4,32 % idosos (65 e mais anos de idade).

Existem diferentes categorias de imigrantes em Portugal e, tal como há heterogeneidade dentro da imigração, também a há no grupo de imigrantes seniores. Distinguímos os imigrantes laborais que vieram em busca de uma vida melhor e que, entretanto, com o passar dos anos, envelheceram no lugar de destino (são na maioria provenientes das ex-colônias portuguesas de África e os mais antigos imigrantes residentes em Portugal); os imigrantes cidadãos do norte da Europa que emigraram para Portugal após a reforma; os retornados ou “duplos emigrantes” (emigrantes portugueses, que saíram e retornaram ao país de origem após uma vida de trabalho no estrangeiro), e os imigrantes seniores que se reúnem à família, essencialmente indivíduos dependentes que seguem os filhos emigrantes ou membros da família e vieram no processo de reunificação familiar ou para tratamentos médicos. Os dados sugerem um processo de reagrupamento familiar específico, em que imigrantes inativos e idosos vêm juntar-se às suas famílias imigradas em Portugal, em busca de melhores condições de assistência na velhice (Machado e Roldão, 2010). Em cada categoria existem distinções de nível socioeconómico, género, ocupação, cidadania e participação na sociedade civil. Em termos de correntes migratórias, também existem fluxos diversos e cronologicamente mais antigos ou mais recentes.

Existem, por exemplo, dentro da categoria dos imigrantes seniores, os que só vêm a Portugal por razões médicas e aproveitam a rede de suporte social que aqui têm para tratar das questões de saúde, consequência do reagrupamento familiar. Outros chegam, também, ao abrigo de acordos e convenções bilaterais, em matéria de saúde, celebrados entre o Estado português e os seus países de origem. Assim, tornam-se utilizadores regulares, ou potenciais, dos cuidados dispensados pelo Sistema Nacional de Saúde Português (Estrela, 2009).

Os cabo-verdianos são o grupo imigrante com mais idosos e o mais antigo em Portugal (Machado e Roldão, 2010). Todas as outras populações imigrantes são comparativamente mais recentes e só a partir de 1974-1975 começaram a ter alguma expressão estatística e incluem menos idosos. De acordo com estes autores, entre 2001 e 2005 foram contabilizadas 1.310 entradas de idosos africanos, o que representa um acréscimo de cerca de 10% em relação ao efetivo existente em 2001 (13.070).

Se em Portugal o envelhecimento da população é uma tendência e já é uma realidade preocupante, o envelhecimento da população imigrante ainda é muito residual (INE, 2010). Na maioria (em oito) das populações estrangeiras (romenos, russos, moldavos, guineenses, angolanos, santomenses, chineses e franceses), o número de pessoas idosas não chega a equivaler a 1/5 do número de jovens. Cidadãos de Espanha

e do Reino Unido, pelo contrário, apresentam índices de envelhecimento superiores aos da população portuguesa e aos dos outros estrangeiros residentes em Portugal. O envelhecimento da população total residente em Portugal, embora tivesse sido bastante significativo na década de 90, ainda teria sido maior se não existissem os efetivos de nacionalidade estrangeira que são mais jovens, já que predominam neles os indivíduos em idade ativa (Valente Rosa, 2004).

Ambos os fenómenos, envelhecimento e migrações, têm sido intensamente estudados, mas raramente a interação entre estes dois processos tem sido analisada, e esta é uma realidade que necessitamos conhecer e acompanhar em Portugal.

Redes de suporte social

A rede de suporte social deve solidificar todos os laços afetivos e sociais que foram cultivadas durante a sua existência e é um dos fatores mais relevantes na qualidade de vida do idoso e no seu equilíbrio emocional. Os imigrantes idosos que estão reunidos com a sua família estão mais protegidos porque muitas vezes o principal apoio para os imigrantes é oferecido pelos membros das redes sociais às quais pertence, sejam elas as de origem ou as mais recentes, criadas na comunidade de acolhimento. A família e as pessoas mais próximas aparecem como recursos fundamentais nas relações com a pessoa idosa nas comunidades imigrantes. As famílias são muitas vezes o lugar primordial das trocas intergeracionais, de apoio e de cuidados. As solidariedades familiares “informais” são uma forte fonte de entreajuda e de trocas que contrabalançam com a solidariedade formal. Os tipos de ajuda e de “cuidar” entre os membros da família vêm colmatar as necessidades básicas de dificuldades de gestão de tempo, de espaço, de dinheiro, que as ajudas públicas não suplantam. Podemos supor que os imigrantes idosos não recorrem a nenhum destes tipos de prestação de cuidados (apoio domiciliário, lares ou centros de dia), sendo estes cuidados assegurados pelas mulheres das famílias. As mulheres asseguram o cuidar e uma presença contínua traduzida por serviços, bens e suportes materiais. Em Portugal, no caso dos imigrantes africanos, a rede de familiares e amigos já existente no país de acolhimento tem sido um dos fatores decisivos para a escolha do local de destino. Existe uma tendência para o agrupamento geográfico e para a “guetificação” dos grupos de imigrantes. A maior parte das comunidades de minorias étnicas escolhe ficar junta, muitas vezes por razões sociais, mas também por necessidades económicas e receio de discriminação. A concentração em bairros pode ser positiva, a curto prazo, porque favorece o acesso ao suporte oferecido pelos membros da própria comunidade cultural (Massé, 1995).

Numa investigação recente (Sardinha *et al.*, 2011) pudemos identificar nos discursos que a maneira de tratar os idosos africanos é muito diferente: são educados para nunca abandonarem os pais, para cuidarem deles até à morte. Não se encontram em

lares porque há sempre um familiar para cuidar. Na cultura africana, no que toca aos idosos, morre-se ao pé dos filhos, não se vai para lares.

“Dentro da casa de um filho tem que ter um lugar para o idoso, mãe ou pai”.

O desejo de regressar ao país de origem para viver a velhice prende-se com uma ligação muito estreita dos idosos com a família. Preferem morrer no país de origem.

“Lá, fica-se em casa com familiares que tratam as pessoas. Ninguém deixa os outros desamparados.”

Metodologia

O objetivo da análise é observar as questões do envelhecimento ativo e a sua relação com a saúde em dois grupos socioeconómicos distintos de imigrantes idosos de origem cabo-verdiana, quais as estratégias utilizadas, quais os seus determinantes. Assumindo a heterogeneidade social interna entre classes sociais na comunidade cabo-verdiana, constituíram-se dois grupos de imigrantes cabo-verdianos de “primeira geração” residentes na região da grande Lisboa, utilizando como variáveis o local de residência, os níveis de escolaridade, a atividade profissional e a situação económica. Para mais fácil identificação, os grupos foram denominados grupo *popular* e grupo *de elite*. A condição de análise que se estipulou como comum foi a de serem compostos por cabo-verdianos de primeira geração, que nasceram e residiram em Cabo Verde até aos 17 anos.

Optámos por uma metodologia qualitativa, através da realização de entrevistas semi estruturadas. O tratamento dos dados consistiu na análise de conteúdo temática das entrevistas e na identificação de diferenças e semelhanças entre e *intra* cada um dos subgrupos. Analisámos 22 casos de idosos: 7 homens e 5 mulheres do grupo de *elite* e 5 homens e 5 mulheres do grupo *popular*. As idades vão dos 56 aos 81 anos, sendo a idade média 65,9 anos. Todos têm nomes fictícios, e colocámos à frente dos nomes o ano de nascimento de cada um, em vez da idade.

Resultados

O que determina o envelhecimento ativo desta amostra? Retirámos e analisámos os diversos fatores (rotinas, atividades regulares, estilos de vida e ocupações referidas pelos entrevistados) relacionados com o envelhecimento ativo e as “atividades” que determinam o envelhecimento ativo na análise dos discursos. Comparámos as questões de saúde e as “atividades” ligadas ao envelhecimento ativo. Tentámos perceber as estratégias de envelhecimento ativo utilizadas e quais os determinantes dessa

atividade e o que gera bem-estar e saúde.

Começamos por analisar os casos do grupo de elite. Três homens assumem-se como doentes e por isso mais limitados, dois estão no ativo e muito ocupados profissionalmente e dois estão reformados, mas ativos e saudáveis. António (1946), reformado, doente renal, é ativista social. Entrou na direção da Associação Cabo-verdiana e ficou ligado ao movimento associativo. Foi transplantado e diz:

“O problema é conviver com a doença. O problema é o aspeto psicológico, eu acho que libertei-me do aspeto psicológico. Esta situação de doença cortou-me a minha vida um bocado...”

João (1944) é militar na reforma, transplantado, vive com limitações e a sua vida não é muito saudável, pois tem um problema crónico, fez hemodiálise durante muito tempo. Esteve anos sem voltar a Cabo Verde, não podia fazer viagens. Mesmo em Lisboa, para ir até ao Algarve já dava muito trabalho, dia sim, dia não ia fazer hemodiálise.

“Com o transplante sinto uma mudança... a vida muda na medida que já posso deslocar, já não estou preso...fui à Cabo Verde, vou para o Algarve, mas ainda estou dependente de muita coisa! A diálise limitava na altura, agora estou com um problema que é perna inflamada...em Cabo Verde inflama muito mais, não me dou muito bem com o clima de Cabo Verde...outros hábitos para manter a saúde, pratico desporto, ginástica como militar, tempos livres, agora...vou ocupar os tempos livres a ler, ver televisão.”

Bernardo (1945) é pintor, diz que vive com uma saúde débil porque teve um acidente, mas trabalha no que gosta, sente que vive com qualidade. A sua vida não é tão saudável como desejaria porque é um bocado sedentário e, em termos de alimentação, está submetido a dieta, pelo excesso de peso.

Outros dois homens do grupo de elite ainda exercem uma profissão. Manuel (1948) é pastor evangélico, está muito ocupado e preenchido com os assuntos profissionais, o que sente que até prejudica a sua saúde. Dorme menos que habitualmente:

“Sinto-me preocupado porque nunca me aconteceu e acho que se persistir poderá eventualmente afetar a minha saúde, e como dou muito valor à saúde e ao bem-estar, eu penso, como religioso a gente pensa na vida eterna, na vida de além mundo, mas temos que lembrar que começa com a vida que vivemos hoje. ... Em termos de atividades de tempos livres é o problema, porque eu ando um pouco, nós temos um cãozinho, até aproveito o máximo para sair o cão e para andar um pouco mais, pensando também em mim... Já pratiquei desporto quando mais novo, e talvez devesse estar a praticar, mas nesse aspeto eu reconheço que tenho sido negligente.”

César (1932) é advogado no ativo, afirma ter saúde, não ter problemas económicos para as necessidades básicas essenciais e diz “*fazer desporto, golfe, e faço caminhadas*”. Mantém uma forte ligação com Cabo Verde:

“continuo a apreciar a culinária cabo-verdiana, a música cabo-verdiana, a apreciar os meus amigos que estão cá..., que creia posso dizer que tenho um grande..., um contingente grande de amigos portugueses, mas uma boa parte dos meus bons amigos são cabo-verdianos.”

Rui (1941) está aposentado, é presidente de uma associação cabo-verdiana, sente-se realizado, pessoal e profissionalmente. Afirma que sempre foi estimulado a cuidar da parte do desporto como uma via para garantir uma melhor saúde.

“Em Cabo Verde praticava bastantes desportos, desde o futebol ao ténis, golfe, cricket de origem inglesa e procurei sempre manter uma atividade desportiva que garantisse um pouco de melhor qualidade à minha saúde” ... “a educação que os meus pais, nomeadamente a que a minha mãe me deu foi sempre no sentido de que era importante cuidar da saúde e dos aspetos”.

Em termos de atividades que ainda quer fazer é:

“fazer uma série de coisas que sempre quis fazer e não tive tempo, passar pela edição das coletâneas musicais, outra atividade é a astronomia, e também os meus filhos e aos netos”... “Tenho participado em imensas iniciativas, a primeira que foi uma Casa de Cabo Verde, em Portugal, foi a primeira Associação em Portugal, e nunca deixei de estar ligado ao movimento associativo e neste momento a principal preocupação é a Federação das Associações Cabo-Verdianas. É mais ou menos isso. Ocupo os meus tempos livres com atividades associativistas, desportivas, e a astronomia.”

Luís (1947), apesar de já estar oficialmente aposentado, ainda tem uma atividade liberal e a vida dele é entre Portugal e Cabo Verde. Tem um pequeno problema de saúde que é a apneia de sono, dorme ligado a uma máquina:

“Desloco-me a Cabo Verde com frequência para tomar conta de coisas e o prazer de estar lá. Faço parte de um congresso de quadros cabo-verdianos na diáspora: dirigente, inventei o espaço Cabo Verde, tem o movimento de solidariedade de Cabo Verde, os livros que leio, a música, 100 % Cabo Verde”.

Na sequência da análise dos discursos, olhemos agora para as “*falas*” das mulheres do mesmo grupo social.

Ana (1940) veio para Portugal por razões de saúde para fazer tratamentos de hemodiálise, com junta médica, por doença crónica. Está reformada, mas é muito ativa no campo do associativismo e do voluntariado. É conselheira da embaixada e presidente

de uma Associação. Dentro das limitações de saúde, consegue manter alguma atividade intelectual e física.

“...consigo preservar alguma mobilidade, logo ter alguma qualidade de vida dentro desses contratempos e vicissitudes”.

Para esta mulher a saúde significa bem-estar. Faz hemodiálise há 17 anos e foi tratada em Portugal, ficou hospitalizada durante dois meses, foi tratada e continua a fazer o controlo no hospital da universidade. Em termos de saúde tem consciência que o problema a limita, mas procura manter-se ocupada, com preocupações maiores e mais importantes do que ela própria, segundo refere. O que determina as atividades que esta mulher realiza é o facto de ter saído do seu país e ter tido de se instalar em Portugal por razões de saúde e tentar ter todo o tipo de atividade, não só em termos de ocupação física mas em termos de busca de conhecimento e de realização pessoal, de forma a preencher certos valores.

Maria (1943), reformada, afirma:

“Eu tenho pouco tempo, os meus dias deviam ter 48 horas (risos)”.

No seu discurso diz ter muitos cuidados de saúde e uma alimentação à base de vegetais.

“Preocupo-me em ser feliz e tentar ajudar os outros, esse é o meu lema”.

Para ela saúde é felicidade.

“ Há que ter saúde para poder ter o nível de vida que eu tenho, se eu não tivesse saúde não podia fazer as coisas que eu faço. Para não adoecer, ocupo o meu tempo, tenho uma boa alimentação...não me preocupo com a vida dos outros, preocupo-me é comigo, por ser feliz e tentar ajudar os outros, é esse o meu lema. Ocupo o meu tempo, tenho essa alimentação que não abuso, não fumo porque dizem que o cigarro faz mal, as bebidas alcoólicas fazem mal”.

Paula (1943) está aposentada, mas é cantora, líder associativa, contadora de histórias e escritora. Sente que vive com bem-estar, feliz:

“Bem-estar começa comigo, com o meu interior. Tenho cuidados com a alimentação, ..., ficaram-me bons hábitos da alimentação africana”. “Ando a pé. Não faço ginástica, não tenho paciência. Saúde é qualidade de vida e regeneração. Doença faz-me pensar em degeneração e doença mental, associo a desequilíbrio”.

Hoje em dia prefere medicinas alternativas, homeopáticas e tratamentos de acupuntura.

Manuela (1945) ainda está no ativo em termos profissionais. Diz que tem:

“uma alimentação muito cuidada. Tomo um bom pequeno-almoço, almoço sopa, iogurte e salada de fruta, ao jantar também do mesmo género. Também ando muito a pé, eu às vezes saio, ando até me cansar e depois chego a casa como não estou ainda a fazer ginástica, aliás parei...”

Ocupa os tempos livres com cinema:

“adoro ver filmes, quase todos os filmes que passam nos cinemas, vejo... os que são bons, leio ...e gosto de estar com amigos, gosto muito de almoços e jantaras... estar com amigos”.

Joana (1953) também trabalha ainda e considera-se muito saudável:

“Graças a Deus a minha vida é saudável. A única vez que me lembro de estar doente ...foi em Cabo Verde, estava eu na idade da puberdade, para aí 12, 13 anos, tive o que se chamava uma febre intestinal”. ..” a saúde é a maior preocupação...não faço nada...comigo própria ...Estou mais preocupada com a saúde dos outros, talvez ! ”

No entanto, Joana admite que está muito parada, para além do trabalho e da casa:

“...tenho de fazer exercício ...já estou a ficar muito pesada e, pronto, a gente leva assim uma vida sedentária”.

No que diz respeito aos tempos livres ...

“ao fim de semana,...o trabalho de casa faço ao longo da semana para poder ter tempo livre aos fins de semana. Há uma coisa que eu adoro fazer aos fins de semana quando eu não saio, que é a seguir ao almoço fazer uma sesta. Adoro fazer a sesta!”

Mantém uma forte e estreita ligação com a comunidade cabo-verdiana:

“gosto de ir à Associação com alguma regularidade, vamos lá de mês a mês, sentes aquela coisa que te impele, tenho de ir lá...ver aquela malta, comer aquela cachupa..... são ligações que não se perdem e não ir é como se já não tivesses feito a higiene, percebe?”

No que toca ao grupo popular, Armindo (1953) ficou desempregado e agora está limitado por causa da coluna:

“Gosto de passear. Saio com a minha mulher bastante, e com os meus filhos. Vou para o Porto, vou para o Algarve..., acabei de perder emprego em Portugal...só a minha mulher é que está a trabalhar. A minha filha esteve a estudar, fez o 12º ano,..., preocupo-me porque o que ela queria fazer, estou a ver que já não consigo lhe dar... Porque realmente fiquei desempregado há 3 anos.”

De vez em quando faz uns jantares com amigos e família:

“Jantamos, metemos dinheiro, fomos 6 e fomos comprar peixe, mandioca, banana, não sei o quê, para fazer um prato de peixe entre amigos. E à noite jantei bacalhau no forno, mais a minha família”.

Carlos (1949) é aposentado, mas mantém a atividade de líder associativo num bairro periférico de Lisboa. Em termos de saúde, sofre da coluna.

Estes dois homens referem que gostam muito de andar a pé, passear, mas que hoje em dia não fazem nenhum exercício físico, embora o tivessem feito anteriormente:

*“eu pratico de vez em quando... jogava futebol de vez em quando, agora estou limitado por causa da coluna...., de vez em quando dou os meus passeios”;
“Exercício faço, andar a pé muito. Por vezes saio de casa a pé”.*

Daniel (1930), queixa-se:

“não ando muito bem da vida porque sou muito doente, sofro de coração e ultimamente fui para hospital com 450 de diabetes. Sofro de ir para o médico porque eu não posso andar longe sozinho porque posso cair em qualquer lado... “Agora a minha vida é Igreja e em casa. A minha preocupação na vida é só saúde. Eu graças a Deus... porque olho e espero que à frente de mim só existe Deus. E não tem sido mal recebido para aquele lado porque Deus está sempre comigo. O meu maior desejo é saúde e dinheiro... dinheiro não tenho, ao menos ter saúde e vai andando.”

Paulo (1937) diz que:

“a minha vida é sempre... às vezes doente. Às vezes com os meus filhos, é complicado... a dificuldade é muito porque o vencimento é muito baixo, 210 a 217€ por mês é uma bagatela e, portanto, tinha o rendimento mínimo... mas cortaram. Ninguém trabalha lá em casa. Eu não tenho mulher, eu vivo com os meus filhos.

Lúcio (1954) afirma que está a viver bem, mas que:

“não consigo viver como quero. A gente que está a viver fora, emigrar para ser melhor...trabalhava sábado, às vezes trabalhava domingo. A gente adquiria mais qualquer coisa mas agora nem sábado nem domingo já não tem...esta tensão é de família, desde Cabo Verde.... tomo um comprimido para baixar tensão....fui ao médico de família disseram-me que não é preciso ralhar, para estar mais calmo. O médico disse para mim: olha não bebe vinho não bebe bebidas fortes. Eu sei que faz mal, eu bebia muito cerveja...”.

Lúcio tem uma horta e ocupa-se dela nos seus tempos livres:

“tenho um quintal, uma horta e ao fim de semana vou para lá, chego á casa por volta das 4, 5h....de manhã até a tarde”. Planta batata, cebola... couve, fei-

ção, milho. Não é meu, é da Câmara, cá quando tem força e boa vontade para fazer pode chegar, pegar na enxada e cultivar, não tem problema”.

No caso das mulheres do grupo popular, algumas dizem sentir-se mal com a vida que têm, porque estão doentes, porque perderam familiares. Lina (1955) diz que não sente bem-estar, porque não está bem:

“Tenho tantos problemas na minha vida. Morreu o meu filho e o meu marido..” “Nos tempos livres fico em casa. Ao fim de semana, ao sábado trabalho e ao domingo em casa, não vou a lado nenhum.” “Depois de morrer o meu filho e o meu marido faço pouco”.

Teresa (1938) diz que:

“anda sempre doente. Sinto problema de diabetes, dos brônquios, ando sempre internada no hospital....quando sinto problema a minha neta interna-me porque eu tenho tiroide. Não trabalho, tenho 65 anos, mas não trabalho... Eu fico por aqui, devagarinho, ando pouquinho porque tenho o pé muito inchado, tenho dor nas costas. Quando saio para rua, saio muito pouco. Eu vou mais é para médico, se tenho dinheiro tomo um táxi daqui até a paragem é muito distante, eu tomo um táxi e depois para voltar tomo outro táxi e volto para casa. Eu vejo televisão, vejo as minhas novelas até às tantas... 1 hora vou para cama. Acordo as vezes às 11h, não tenho nada que fazer.”

Madalena (1949), veio para Portugal porque estava doente. Faz fisioterapia no Egas Moniz e através da segurança social vai ter apoio em mantimentos e ajuda a pagar medicamentos. Teve ao todo 13 filhos.

Sandra (1949) é empregada doméstica e diz que os cuidados que tem com a saúde devem-se à tensão alta, colesterol, diabetes e que tem de ter cuidado com os alimentos:

“vivo com bem estar, só com um bocadinho de preocupação com saúde.... Nós temos que levantar para trabalhar, para mexer... tem que ser. Tenho bico de papagaio, tenho tensão muito alta, tenho que ter cuidado...”.

E tempos livres?

“o meu tempo livre olhe... trabalho, casa. Chego aqui, mexo ali, mexo lá e já está feito.”

Tina (1954) é comerciante no ativo:

“A vida de dia á dia é mais ou menos... tenho trabalho. Eu sou comerciante... vendo produtos para consumir. Eu trabalho também nas limpezas... da parte de tarde, a minha vida de dia a dia é assim. Estou feliz porque tenho trabalho, tenho saúde... já está bem, porque se eu não tenho trabalho, não tenho saúde isso que é pior. Estou com saúde suficiente para trabalhar.”

E sobre o seu tempo livre responde:

“Tempo livre, não há. É tratar da casa, vou arrumar, lavar... os meus filhos não está, eu tenho que tratar da casa.”

Não foram observadas grandes diferenças por género, a não ser os casos em que se percebe que os homens estão mais preocupados do que as mulheres com a estabilidade do emprego e a falta de dinheiro, enquanto as mulheres se preocupam sobretudo com a saúde.

Os idosos mais saudáveis apresentam condições físicas para um envelhecimento ativo e socialmente integrado, enquanto os idosos com doenças e estados de saúde frágeis tendem a ficar mais inativos e isolados, tal como verificado no estudo de Machado e Roldão (2010).

A saúde é definida por uma grande maioria como uma noção associada a «*bem-estar, liberdade, harmonia, a base para a pessoa estar viva, estar em paz, estar sempre bem disposta, felicidade, qualidade de vida, regeneração, alegria, é uma pessoa estar boa*».

Para Ana a saúde significa bem-estar:

“... é bem estar físico, se uma pessoa sente-se bem com o seu corpo, com toda a parte do seu corpo. Costumo dizer que, quando sinto que tenho um órgão qualquer é sinal que qualquer coisa que não está bem... se o estômago dói, quer dizer que tenho o estômago, senão nem me lembrava. O nosso bem-estar começa por aí, mas não só. O bem-estar também está no ambiente, às vezes está no andar, no psicológico... estes três componentes são indispensáveis. Também existe o bem-estar social, também tem importância, no sentido lato tem que abarcar estes componentes. Para mim saúde, neste momento, é sinal de liberdade. Quando penso na saúde penso essencialmente no conceito de liberdade.”

Outras pessoas disseram que a saúde é não ter nada de mal, associando a saúde com a ausência de doença: «não ter problemas que alteram a sua vida, a ausência de doença, quando a gente não tem nada, não tem nada de doença, quando aparece uma doença incurável». Outros indivíduos, todos eles do grupo popular, falam do seu próprio estado de saúde para definir saúde: «Para mim, neste momento, é razoável»; «nunca tive problemas em termos de saúde. Para mim é boa»; «Eu para mim, saúde é muita coisa para mim... dantes eu não adoecia»; «a saúde para mim é muito importante...».

Tal como Rui, grande parte dos elementos do grupo de elite refere ter uma preocupação com a alimentação, evitando gorduras, fritos e açúcares e praticar uma alimentação mais à base de grelhados, cozidos e vegetais:

“Sempre que possível como peixe em vez de carne, evito gorduras.

Ana refere:

“Em termos de alimentação, evito aquelas comidas que, não é comidas, é a confeção que não é muito saudável. Tento evitar os fritos, prefiro cozidos... grelhados.”

Para Maria...

“a minha alimentação é à base de vegetais, eu não gosto de gorduras, não gosto de carne. Ontem de manhã comi uma chávena de café com leite, um sumo de laranja, uma papaia e duas tostas. Almocei feijão com arroz e um peixinho. Lanchei duas tostas, tomei um copo de leite. Tomei uma sopa de legumes e comi duas peras.”

No caso da Paula:

“O meu pequeno--almoço é uma taça de fruta, normalmente é um kiwi ou uma maçã, flocos integrais e um iogurte e chá, geralmente chá de menta. O almoço comi uma sopa de legumes completíssima, como estava em casa, comi também queijo e comi fruta...”

O grupo com condições socioeconómicas mais baixas encara a saúde e a doença de forma muito semelhante ao «modelo biomédico», enquanto os indivíduos do grupo de elite se identificam mais com o «modelo bio-psico-social». As representações de saúde e de doença traduziram-se em definições que foram desde o orgânico ao social. No modelo biomédico, a saúde é sinónimo de ausência de disfunções biológicas. Este modelo tem a sua raiz no dualismo mente/corpo, no reducionismo biológico e na causalidade linear e a saúde é vista como a ausência de doença, sem ter em conta a etiologia psicossocial de algumas doenças e não tendo em consideração a dimensão simbólica da doença, nem as diferenças comportamentais.

O grupo popular associa saúde a aspetos fisiológicos e o grupo de elite encara a saúde e a doença enquanto fenómenos mais globais e externos aos indivíduos. Também se verifica que as diferenças eram menos evidentes quando se comparam os homens e as mulheres do que as que encontrámos quando comparámos os dois grupos socioeconómicos.

Um hábito que parece ser muito comum a todos os cabo-verdianos, sobretudo no tempo em que ainda viviam em Cabo Verde, sendo muito poucos os que o abandonaram, é a prática de atividades desportivas, referido sobretudo pelos indivíduos do grupo de elite. Uns declaram que fazem ginástica de manutenção em casa, outros dão passeios ou fazem caminhadas. Também há quem admita que deveria fazer exercício mas não faz. No entanto, muitos dos inquiridos referem que em Cabo Verde praticavam mais exercício do que fazem desde que vieram viver para Portugal.

Torna-se muito evidente que a prática de exercícios físicos é de carácter predominantemente masculino. Nos casos em que a prática de exercício físico é feminina, são sobretudo elementos do outro grupo social de elite que o referem.

A ocupação dos tempos livres também mostrou ser uma atividade que está muito ligada ao estatuto social. As atividades de leitura, cinema, ouvir música, conviver com os amigos, conversar, passear, são evocadas principalmente por pessoas do grupo de elite. Se à partida pensávamos encontrar diferenças na forma de encarar a saúde, por género e geração, podemos adiantar que os estilos de vida identificados diferenciam-se mais em função do grupo socioeconómico e menos em função do género. A diferença entre homens e mulheres aparece no grupo popular, nomeadamente no que toca aos “tempos livres”, já que esse tempo é utilizado para tratar da casa ou porque simplesmente não têm atividades fora de casa:

“Fim de semana, ao sábado trabalho e ao domingo em casa, não vou a lado nenhum”; “Tempo livre, não há. Tratar da casa, vou arrumar, lavar... os meus filhos não está, eu tenho que tratar da casa.”; “O meu tempo livre olhe... trabalho, casa. Chego aqui, mexo ali, mexo lá e já está feito.”

Tendo em conta o grupo de variáveis analisadas, nomeadamente, os cuidados com a saúde e as práticas de prevenção, os hábitos alimentares, o consumo de álcool e de tabaco, a prática de exercício físico e a ocupação de tempos livres, consideramos que se trata, de um modo geral, de uma população saudável, com comportamentos salutogénicos e práticas viradas para um estilo de vida saudável, que provêm sobretudo da cultura de origem e não de fatores de ordem socioeconómica. Encontrámos, no entanto, em termos de cuidados com a saúde e práticas de prevenção, uma diferença entre os dois grupos sociais, sendo particular ao grupo de elite o hábito de fazer análises e *check-ups* de rotina como forma de prevenção. É necessário distinguir as idas ao médico, ou melhor, o recurso aos serviços de saúde, como medida preventiva, evocado pela elite e o recurso que se prende com o sofrimento de uma sintomatologia patológica e o pedido de medicamentos, referido sobretudo pelo grupo popular.

No grupo de elite atribui-se a boa forma física aos cuidados que se tem com a saúde e a práticas de conservação de estilos de vida consideradas saudáveis (associadas a não ter comportamentos nocivos para a saúde como beber, fumar, regime alimentar, exercício físico...) e a levar uma vida regrada.

No “The Black Report” (Towsend e Black, 1992), uma das razões evocadas para a existência de diferenças de saúde é a explicação comportamental e cultural, que envolve diferenças de classe em comportamentos que são destrutivos ou são promotores da saúde e que, em princípio, dependem de escolhas individuais. As preferências alimentares, o consumo de drogas, como tabaco e álcool, as atividades de tempos livres e o uso dos serviços de medicina preventiva, como a imunização, contraceção e observação pré-natal, são exemplos de comportamentos que variam em função

do grupo social e que podem contribuir para as diferenças de classe na saúde. As dietas ou hábitos alimentares são influenciadas tanto por preferências culturais como pelas disponibilidades financeiras. Williams e outros (2000) encontraram uma discrepância entre a forma como as pessoas se exprimem publicamente sobre determinados comportamentos de saúde e as concepções «privadas» que orientam as ações individuais. Apontam para a existência de uma relação entre a estrutura social e a noção de saúde, a alimentação e, com menor evidência, o exercício físico. Esta diferença parece ser explicada pelos constrangimentos das condições materiais de existência, mais do que pelas questões de acessibilidade.

Discussão e conclusão

Em sociedades tão diferenciadas como as atuais, os idosos vivem de maneiras diferentes a sua condição, mesmo quando na mesma sociedade. Se há parâmetros comuns de envelhecimento, há também variações nos meios sociais, familiares, redes de sociabilidade, tempos livres, estados de saúde e nas condições socioeconómicas dos idosos (Casanova *et al.*, 2001).

Referimos quatro grandes grupos de idosos. No grupo de “elite” temos o subgrupo dos que estão bem economicamente e são ativos, em termos de ocupação dos tempos livres, profissionalmente e como líderes associativos. Possuem conforto económico, vivem ocupados e rodeados de pessoas. Consideram-se saudáveis e mesmo os que estão com menos saúde, são socialmente integrados e ativos.

Temos os líderes associativos António, Rui e Luís, entre os homens, e Ana, Maria e Paula, que participam nas atividades associativas intensamente, apesar de alguns problemas de saúde em três das situações. Temos a convivialidade e vida social intensas de César, Maria, Manuela e Joana que com frequência estão com os seus compatriotas, frequentam a associação e dizem que organizam almoços e jantares com amigos. Também encontramos a atividade profissional liberal e as viagens de Luís, que vive entre cá e lá (Portugal e Cabo Verde) e circula entre os dois países. Dentro deste grupo, o Manuel, o César, a Manuela e a Joana ainda estão ativos profissionalmente.

A vida ativa e socialmente integrada de Maria e de Paula são dois exemplos de envelhecimento ativo. Como atividade principal, neste momento, Maria, reformada, é estudante, a frequentar um curso de história de arte e uma série de disciplinas de psicologia na universidade. Vive com bem-estar, sente-se muito bem e saudável, gosta da vida ao ar livre, faz hidroginástica, gosta de passear e de ler. Ainda mantém uma ligação estreita com o seu país e com os seus conterrâneos e já fez parte da direção duma associação dos antigos alunos do secundário de Cabo Verde. “*Frequento essa associação semanalmente e convivo com os meus compatriotas*”, afirma.

Muito ligada às artes e cultura em geral, Paula é cantora, contadora de histórias, escritora e também líder associativa. Nesse grupo de elite, apesar de estar com menos saúde e mais limitado, Bernardo mantém-se ativo por opção e prazer, vontade de se manter ocupado, e a fazer o que gosta.

Encontramos apenas um caso que, por razões de saúde, tem pouca atividade, e se encontra mais isolado. Embora não tenha problemas económicos, João vive limitado e não é muito ativo, dizendo que ocupa os tempos livres a ler e a ver televisão.

A condição socioeconómica cruzada com a saúde contribuem para um envelhecimento que poderá ser mais ou menos ativo, vendo-se na categoria de elite que é a condição socioeconómica que determina esse envelhecimento ativo e não as questões de saúde. Apesar de ter menos saúde, Ana, como um dos exemplos, está muito ocupada e diz sentir-se realizada pessoalmente.

Já no caso de indivíduos do grupo “popular”, a condição socioeconómica atua no quadro de envelhecimento ativo a par com as condições de saúde e determina as atividades que os idosos desenvolvem, as quais dependem da categoria profissional e do nível de instrução.

Dentro dos que se situam na doença, e se consideram menos saudáveis, Daniel queixa-se que é muito doente, tem problemas de tensão, coração e diabetes, vive dependente e não pode andar longe sozinho, porque pode cair em qualquer lado. Daniel não se ocupa com nada, à exceção de frequentar a Igreja e estar em casa. Ele está socialmente isolado e é inativo.

Entre os restantes, aqueles que se sentem mais saudáveis e relatam pequenos problemas de saúde que não os incapacitam, temos Armindo, que está desempregado mas mantém-se ativo e realiza algumas atividades de lazer com a família. Ainda tem filhos a seu cargo e a morar com ele. Carlos já está aposentado e é um líder associativo empenhado, apesar de sofrer de um problema da coluna, à semelhança de Armindo.

Paulo e Lúcio queixam-se de problemas de saúde, dificuldades financeiras e preocupações com a vida. Lúcio ainda no ativo, há 3 anos que se ocupa de uma horta durante os fins de semana, fá-lo por gosto e por opção, e ao mesmo tempo “junta o útil ao agradável”, pois a mesma serve para produzir legumes para seu próprio abastecimento familiar e venda no mercado.

Lina, Tina e Sandra ainda trabalham nas limpezas e no comércio. Lina não se sente bem e tem problemas na vida porque lhe morreram um filho e o marido. Esteve com baixa porque lhe doía um braço, o que a impedia de trabalhar. Sandra tem ligeiros problemas de saúde mas afirma que vive com bem-estar, apenas com um bocadinho

de preocupação com a saúde, mas nada que a impeça de trabalhar. Tina diz que a saúde dela é suficiente para poder trabalhar.

Em termos de atividades de tempos livres e fins de semana, Lina, Sandra e Tina usam a mesma expressão:

“o meu tempo livre olhe... trabalho, casa. É tratar da casa, arrumar, lavar...”

Teresa e Madalena são mulheres doentes. Teresa diz que anda sempre doente. Tem variadas doenças, não trabalha e fica por casa, diz que tem de andar pouco e sai pouco para a rua. Só vai para o médico e apanha um táxi. Em casa ocupa-se com a televisão, vê as telenovelas... *“não tenho nada que fazer”*, diz Teresa. Madalena veio para Portugal porque estava doente, veio por questões de saúde em 1949. Teve 13 filhos, dos quais 6 estão vivos.

Trabalhar sendo idoso pode ser interpretado, por vezes, como envelhecimento ativo. Mas noutros casos significa apenas vulnerabilidade socioeconómica, isto é, ser forçado a continuar a trabalhar até idades muito avançadas porque o meio de subsistência alternativo pode ser uma pensão de reforma demasiado baixa para proporcionar condições de existência aceitáveis. Em média, os idosos africanos trabalham até mais tarde na vida do que os idosos portugueses, mas fazem-no em esforço e, por vezes, sem a saúde necessária, até porque se trata habitualmente de ocupações manuais exigentes do ponto de vista físico.

No grupo popular, as mulheres trabalham nas limpezas até mais tarde em termos etários, comparativamente com os homens, mesmo em idades avançadas. Três das cinco mulheres ainda trabalham regularmente. Apenas uma delas diz que está bem de saúde. Os homens estão desempregados e aposentados, apenas um exerce uma profissão e outro, já aposentado, está ocupado como líder associativo.

Encontramos nas nossas narrativas os dois modelos de interpretação da permanência dos idosos no mercado de trabalho: respetivamente, a necessidade económica e o envelhecimento ativo que se sobrepõe à necessidade económica, consoante os indivíduos se situem num dos dois grupos socioeconómico. Tal como Machado e Roldão (2010) referem, no eixo relativo ao tipo de envelhecimento está a condição de saúde, mas esta interfere particularmente nas atividades dos indivíduos do grupo popular, a par com as questões financeiras.

A partir do cruzamento de dois eixos, o da saúde (estar são/ estar doente) e da condição socioeconómica (grupo de elite/ grupo popular) que tem num pólo a velhice pobre e no outro a velhice confortável, chegamos a tipologias de envelhecimento ativo e socialmente integrado e envelhecimento inativo e socialmente isolado. Mais saúde contribui para um envelhecimento ativo e socialmente integrado e menos saúde contribui para um envelhecimento inativo e socialmente isolado, como em Machado (2010).

Futuramente, e aproveitando o facto de 2012 ser o ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações, pretende-se explorar as políticas públicas orientadas para a terceira idade, e em particular as que incluem os migrantes idosos, prestando particular atenção a eventuais lacunas existentes. Pretende-se discutir as seguintes questões: Que políticas públicas existem que contemplem os idosos migrantes? Que tipo de necessidades específicas apresentam os idosos migrantes e em que condições a sua satisfação é socialmente legitimada? Que instituições existem, às escalas local e nacional, para lidar com a questão do envelhecimento dos migrantes? Que tipo de articulação existe (se é que existe) entre modalidades de apoio formal e informal? Há imigrantes idosos que desconhecem por completo os seus direitos. O II Plano para a Integração dos Imigrantes decidiu apostar no combate à vulnerabilidade socioeconómica dos idosos imigrantes, divulgando o apoio institucional disponível. Destaca-se como novidade a intervenção junto dos idosos imigrantes, uma população que sofre por vezes de uma dupla exclusão (ACIDI, 2010). A área de intervenção dedicada a medidas junto dos idosos imigrantes aposta no combate à vulnerabilidade socioeconómica através da divulgação das respostas institucionais disponíveis e que a maioria desconhece, divulgando os apoios sociais, os direitos decorrentes das contribuições feitas para a segurança social e as formas de acesso aos mesmos, não só em Portugal mas também nos países de origem e na União Europeia, cujo acesso é por vezes dificultado ou mesmo impossibilitado por desconhecimento das formas de acesso (II PII, 2010). A população imigrante ainda está maioritariamente concentrada numa faixa etária jovem e ativa. Apesar disso, a intervenção no futuro deverá ser no sentido de dar aos idosos imigrantes, que vão sendo cada vez em maior número, acesso a informação útil, dando-lhes a conhecer os seus direitos. Muitos desconhecem-nos e até poderiam, por exemplo, ter direito a ser cidadãos portugueses (porque reúnem as condições para tal), sem nunca terem procurado adquirir a nacionalidade, o que lhes daria acesso a benefícios sociais e apoios, apesar da atual conjuntura ser desfavorável e o caminho ser o do gradual desaparecimento do Estado Providência e de um Estado social, uma menor proteção, o fim das reformas e pensões para as gerações futuras e mesmo para as que estão ainda no ativo. É muito importante analisar para agir, no sentido de entendermos o que se pode e deve fazer como respostas a estas novas realidades.

Notas

¹ Se consultarmos a base de dados do Pordata para 2010, o total de população estrangeira com estatuto legal de residente era de 443.055. O Brasil com 119.195, a Ucrânia com 49.487, Cabo Verde com 43.510, Angola com 23.233 e a Guiné-Bissau com 19.304 (Pordata, 2011). Os dados publicados na Pordata referem-se apenas aos estrangeiros com título de residência.

Referências Bibliográficas

- ACIDI (2010), *II Plano para a Integração dos Imigrantes (2010-2013)* – Resolução do Conselho de Ministros n.º 74/2010 e I Plano para a Integração dos Imigrantes – Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007.
- Amado, N. (2008), *Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos, sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados*, Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Andrade, I. (2008), *Geografia da Saúde da População Imigrante na Área Metropolitana de Lisboa*, col. Teses, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIDI..
- António, S. (2010), *Avós e netos : relações intergeracionais : a matrilinearidade dos afectos*, 1ª ed., Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Assis, M. (2005), “Envelhecimento activo e promoção da saúde: Reflexão para as acções educativas com idosos”, *Revista APS*, vol.8, n.º1.
- Bäckström, B. (2011), “Comportamentos de saúde e doença numa comunidade Cabo-Verdiana em Lisboa”, *Saude soc.*, São Paulo, vol. 20, n.º 3, setembro.
- Bäckström, B. (2009), *Saúde e Imigrantes: As representações e as práticas sobre a saúde e a doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*, col. Teses, Lisboa: Observatório da Imigração/ ACIDI, .
- Bäckström, B., Carvalho, A. e Inglês, U. (2009), “A nova imigração e os problemas de saúde em Portugal - O Gabinete de Saúde do CNAI enquanto um observatório para o estudo da saúde dos migrantes em Portugal”, *Revista Migrações*, abril 2009, nº 4, Lisboa: ACIDI, pp.161-189.
- Bolzman, C., Fibbi, R. e Vial, M. (2006), “What To Do After Retirement? Elderly Migrants and the Question of Return”, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 32, n.º8, pp.1359-1375.
- D’Almeida, A.C. (2003), *O impacto da Imigração em Portugal nas Contas do Estado*, col. Estudos, Lisboa: Observatório da Imigração/ ACIME.
- Direcção-Geral da Saúde (2004), *Circular Normativa - Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*, Nº: 13/DGCG.
- Estrela, P. (2009), “A Saúde dos Imigrantes em Portugal”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral* n.º 45-55, Dossier Multiculturalidade.
- Fernandes, A. (2008), *Questões Demográficas, Demografia e Sociologia da População* Edições Colibri.
- Fernandes, A. (2007), “Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspectiva europeia (UE15, 1991-2001)”, *Análise Social*, vol. XLII (183).
- Fernandes, A. (2005), “ Envelhecimento e Saúde ”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 23, nº 2, julho/dezembro.
- Fernandes, A. (2001), “ Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º36, pp.39-52.
- Fernandes, A. (2007), *Dossier Fórum Sociológico*, edição n.º 17 (II Série).

- Fonseca, M. L. et al. (2007), "Saúde e integração dos imigrantes em Portugal: uma perspectiva geográfica e política", in Dias, S. (org.), *Revista Migrações - Número Temático Imigração e Saúde*, setembro, n.º 1, Lisboa: ACIDI, pp. 27-52.
- INE (2002), *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*, Lisboa: INE.
- IOM, World Migration (2003), *Managing Migration – Challenges and Responses for People on the Move*, Suíça.
- Lazear, K., Pires, S., Isaacs, M., Chaulk, P. e Huang, L (2008), "Depression among low-income women of colour: Qualitative findings from cross-cultural focus groups", *Journal of Immigrant and Minority Health*, n.º10, pp. 127-133.
- Lima-Costa, M. F. e Veras, R. (2003), "Saúde pública e envelhecimento", *Cadernos de Saúde Pública*, vol.19, n.º 3, pp. 700-701.
- Machado, F.L. e Roldão, C. (2010), *Imigrantes Idosos, Uma Nova Face da Imigração em Portugal*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIDI.
- Massé, R. (1995) *Culture et santé publique*, Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Nobre, S. (1993), *Emigration, Retour et Agriculture dans un village de Trás-os-Montes (Portugal)*, Tese de Mestrado, Montpellier : CIHEAM.
- Paúl, C., (2005), "Envelhecimento activo e redes de suporte social", *Revista Sociologia*, Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Peixoto, J. (2008), "A demografia da população imigrante em Portugal", in Lages M. F. e Matos, A. T. (coord), *Portugal: Percursos de Interculturalidade*, 2, Lisboa: ACIDI.
- Pussetti, C. (coord.), Ferreira, J., Lechner, E. e Santinho, C. (2009), *Migrantes e Saúde Mental. A Construção da Competência Cultural*, Lisboa: Observatório da Imigração/ACIDI.
- Ruspini, P. (2009), *Elderly Migrants in Europe: An Overview of trends, policies and practices*, Suíça: University of Lugano (USI).
- Sardinha, J., Backstrom, B., Castro-Pereira, S., Campos, R. e Moreira, D. (2011), *Histórias Biográficas de Imigrantes em Lisboa*, Lisboa: Universidade Aberta/CEMRI.
- SEF (2011), *Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo, 2010*, SEF/Departamento de Planeamento e Formação (Núcleo de Planeamento).
- Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo D., (2003), "Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa", *Revista Saúde Pública*, vol. 37, n.º3, pp.364-371.
- Torkington, K. (2010), "Defining Lifestyle Migration". *Dos Algarves - revista da ESGHT/UAAlg* nº 19, disponível em: www.dosalgarves.com/
- Towsend, P. e Black, D. (1992), *Inequalities in health: the Black Report*, Londres: Penguin.
- Williams, S. J., Gabe, J. e Calnan, M. (orgs.) (2000), *Health, medicine and society: key theories, future agendas*, Londres/ Nova Iorque: Routledge.
- United Nations (2009), *Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing population?*, Washington, D.C.: United Nations Population Division.

- Valente Rosa, M. J., Seabra, H. e Santos, T. (2004), *Contributos dos 'imigrantes' na demografia portuguesa. O papel das populações de nacionalidade estrangeira*, Lisboa: Observatório da Imigração/ ACIDI.
- Veloso, E. (2008), "A análise da Política da Terceira Idade em Portugal, de 1976 a 2002", *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Warnes, A. M., Friedrich, K., Kellaher, L. e Torres, S. (2004), "The diversity and welfare of older migrants in Europe", *Ageing and society*, vol. 24, n.º3, pp. 307-326.
- WHO (2002), *Active Ageing, A Policy Framework. A contribution of the WHO to the Second United Nations World Assembly on Ageing*, Madrid.
- World Health Organization (2005), *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução de Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Sites consultados :

- Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações 2012
<http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=pt>
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas, 2010. www.inec.pt
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Prioridades, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. I - Prioridades, Lisboa, 2004 disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf
- Plano Nacional de Saúde 2004/2010 –Orientações estratégicas, Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde, Vol. II – Orientações estratégicas, Lisboa, 2004 disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf
- www.pordata.pt