

Este livro reúne as comunicações de pesquisa apresentadas no **IV Congresso Internacional A Voz e a Vez da Mulher Portuguesa na Diáspora: Brasil e outros lugares**, que teve ocasião em 2009, na cidade de Curitiba. O comitê científico elencou para essa publicação os trabalhos mais significativos em destacar os modos de viver, de agir, de recitar-se da mulher portuguesa na diáspora.

ARTIC
PESQUISA

ISBN 978-85-7335-269-6



9 788573 352696

Roseli Boschilia / Maria Luiza Andreatza
Organizadoras

Portuguesas na diáspora - histórias e sensibilidades

Editora
UFPR



Portuguesas na diáspora

histórias e sensibilidades

Roseli Boschilia
Maria Luiza Andreatza
Organizadoras

Editora

© dos Autores

PORTUGUESAS NA DIÁSPORA:

Histórias e Sensibilidades

Roseli Boschilia e Maria Luiza Andreatza

Organizadoras

Projeto Gráfico e Editoração

Artes & Textos

www.artesetextos.com.br

Série Pesquisa, n. 173

Universidade Federal do Paraná. Sistema de Bibliotecas.
Biblioteca Central. Coordenação de Processos Técnicos.

P853 Portuguesas na Diáspora : histórias e sensibilidades /
Roseli Boschilia, Maria Luiza Andreatza, organizadoras.
- Curitiba : Ed. UFPR, 2011.
319 p. : il. ; 20 cm. - (Série pesquisa ; n. 173).

Vários autores.

Inclui bibliografias

ISBN 978-85-7335-269-6

1. Mulheres Portuguesas - História. 2. Imigração Portuguesa. 3. Imigrantes na literatura. I. Boschilia, Roseli. II. Andreatza, Maria Luiza. III. Título. IV. Série.

CDD: 305.40946

ISBN 978-85-7335-269-6

Ref. 599

Direitos desta edição reservados à

Editora UFPR

Rua João Negrão, 280 - 2.º andar - Centro

80010-200 - Curitiba - Paraná - Brasil

Tel.: (41) 3360-7489 / Fax: (41) 3360-7486

Caixa Postal 17.309

editora@ufpr.br

www.editora.ufpr.br

2011

**PERCEÇÃO E PRÁTICAS DAS MULHERES
AÇORIANAS, COM 50 E MAIS ANOS, PARA
A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO
SAUDÁVEL E DA LONGEVIDADE COM
QUALIDADE**

Maria José Garoupa Albergaria Bicudo
Professora Doutora da
Universidade dos Açores - Portugal

Armando Brito Mendes
Professor Doutor da
Universidade dos Açores - Portugal

*Trata-se de um extracto da tese de Doutoramento intitulada
"Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade – Contri-
butos de Enfermagem", realizado na Universidade de Lisboa.*

Resumo: A maioria dos clientes estudados de um Centro de Saúde Açoriano considera *razoável* a sua *qualidade de vida* e a sua *saúde*, embora o grupo que tem *percepção negativa*, seja, essencialmente, constituído por *mulheres domésticas*, que se consideram *doentes* (sofrem de hipertensão, diabetes e depressão) e que se debatem com *dificuldades económicas*. Já a maioria que tem *percepção positiva*, é constituída por *homens* que se consideram *saudáveis* e que têm algum *poder económico*. Os cuidados mais referidos, para promover a sua qualidade de vida, são, por ordem de referência: gerir bem o dinheiro (nomeadamente pelos homens), promover a saúde (por ambos os géneros) e promover a harmonia familiar (essencialmente, pelas mulheres). As práticas mais utilizadas

para promover a saúde, são: ter boa alimentação (a maioria das mulheres que não a faz, atribui a situação a dificuldades económicas, já os homens a preferirem comer o que gostam), tomar os medicamentos prescritos pelo médico, diariamente e recorrer à consulta dos enfermeiros. Destes profissionais de saúde, desejam mais cuidados para a promoção da saúde e prevenção da doença.

Palavras chave: mulheres açorianas, envelhecimento saudável e longevidade com qualidade

Abstract: Most of the clients studied at an Azorean Medical Centre consider reasonable their quality of life and health, even though the group that has a negative perception is, essentially, made of housewives that consider themselves sick (suffering of high blood pressure, diabetes and depression), struggle with economic limitations. The majority group who have a positive perception, is made of men that consider themselves healthy and enjoying some economic stability. Their most referred priorities to achieve quality of life are: good financial management (namely for men), health promotion (for both genders) and promote family harmony (mostly for women). The most used practises for health promotion are: eating proper food (the majority of women refer economic difficulties for not following a proper diet, on the other side men prefer eating what they like), take the daily prescribed medication and recur to the nurses appointment. From these health professionals, clients wish more care for health promotion and health prevention.

Keyword: Azorean women, healthy aging and longevity with quality

INTRODUÇÃO

Os progressos da ciência e da tecnologia, a descoberta de medicamentos, a informação sobre promoção da saúde e prevenção da doença, a acessibilidade aos serviços de saúde, a melhoria do poder económico e a facilidade de acesso aos alimentos, são alguns dos factores que têm induzido a que o homem viva mais anos.

O aumento da esperança de vida no planeta tem ocorrido de forma assimétrica. No contexto Europeu, Portugal integra o grupo dos países mais jovens e com elevado número de pessoas idosas em situação de dependência¹. A nível nacional, a população dos Açores está a viver, em média, menos 3,3 anos do que a maioria dos restantes Portugueses e menos 4,1 anos do que a maioria dos Europeus^{2, 3}.

As “Metas da Saúde para Todos” preconizam vida mais longa e com mais saúde⁴, ou seja, que o ser humano tenha um envelhecimento saudável com conseqüente longevidade com qualidade. Por qualidade de vida entenda-se a percepção dos indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e das oportunidades que não lhes são recusadas, nas ocasiões propícias à realização pessoal e à felicidade, em busca de qualidade da existência, acima da mera sobrevivência⁵.

- 1 ROBINE, J [et al.] – La sté des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ? OCDE, 2000/1, 120 p.
- 2 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – *Estatísticas Demográficas 2001*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2002, 34 p.
- 3 EUROSTAT – *Statistic in focus*. Eurostat, 2008, 3 p.
- 4 OMS – Bureau Regional da Europa- *Metas da saúde para todos no ano 2000*. Lisboa: Ministério da Saúde. 1985, 10 p.
- 5 OMS – WHOQOL 100 – Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida. OMS, 1998, 16 p.

Este artigo tem como objectivo. "Identificar a percepção e as práticas que as mulheres Açorianas, com 50 e mais anos, têm para a promoção do envelhecimento saudável e da longevidade com qualidade".

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo dedutivo, tendo-se recorrido a entrevista estruturada a 2% da população, com 50 e mais anos, de um Centro de Saúde do Arquipélago dos Açores, o que perfaz uma amostra de 162 clientes, dos quais 94 são mulheres.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Percepção e práticas para a promoção da longevidade com qualidade

Pela análise da Tabela 1, verifica-se que quase metade dos clientes (47,5%), considera ser razoável a sua qualidade de vida, tendo a maior parte dos restantes (32,1%), uma percepção positiva da vida.

A percepção da qualidade de vida é condicionada por inúmeros factores⁶, no que se refere ao género, verifica-se que são, essencialmente, as mulheres que possuem percepção negativa da vida⁷ (14,2%), não existindo, no entanto, evidência estatística

6 FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. – *Envejecer bien. Qué es y como lograrlo?* Madrid: Pirâmide, 2002, 34 p.

7 Quando se utilizar a expressão "percepção negativa de vida", esta refere-se aos dados resultantes da junção da percepção dos clientes de "má e muito má" e "percepção positiva de vida" à associação dos equivalentes à "percepção de boa e muito boa".

ca para considerar estas variáveis relacionadas pelo teste de qui-quadrado (probabilidade de significância de 0,285).

Tabela 1 – Percepção da qualidade de vida, segundo o género.

		Qualidade de vida					Total	
		Muito má	Má	Razoável	Boa	Muito boa		
Género	Feminino	Nº	9	14	41	25	5	94
		%	5,6	8,6	25,3	15,4	3,1	58,0
	Masculino	Nº	1	9	36	18	4	68
		%	0,6	5,6	22,2	11,1	2,5	42,0
Total		Nº	10	23	77	43	9	162
		%	6,2	14,2	47,5	26,5	5,6	100,0

Relativamente à interferência da profissão, na percepção da qualidade de vida, verifica-se que existe, pelo teste de qui-quadrado, uma relação significativa (0,023) entre estas variáveis, em que os trabalhadores não qualificados⁸, nomeadamente, as domésticas, possuem percepção mais negativa (59,0%). Será que tal se deve ao facto de terem trabalhado toda a vida, sem auferirem vencimento e, por conseguinte, dependerem, economicamente, de outros, nomeadamente, dos maridos?

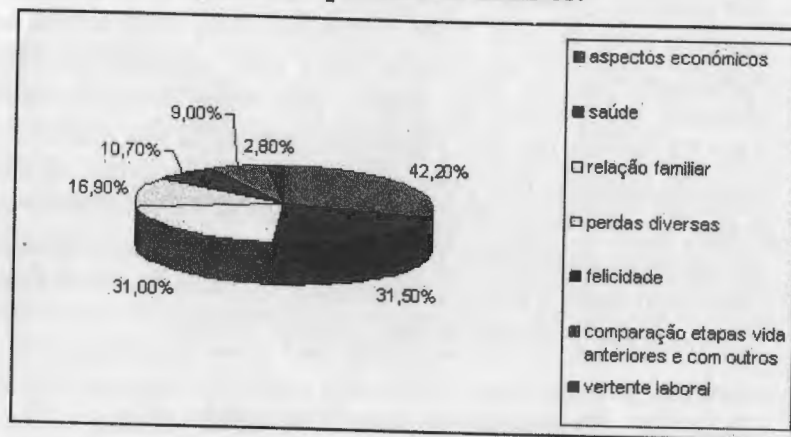
Analisando as razões atribuídas, pelos clientes, para justificar a percepção que têm da sua qualidade de vida, constata-se pela análise do Gráfico 1, que as três determinantes, que mais se evidenciam são a capacidade económica (42,2%), a saúde (31,5%) e a relação familiar (com cônjuge, filhos e netos) (31,0%), resultados que vêm ao encontro dos obtidos em outros estudos, nomeadamente, por Magalhães⁹ e Paul e Fonseca¹⁰.

8 INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL – *Classificação Nacional de Profissões*. Lisboa: Artes Gráficas, 1994, 15 p.

9 MAGALHÃES, V. – *Qualidade de vida – Desafios e ambiguidades*. In REINAUD, Michel [et al.] – *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2000, p. 23-34.

10 PAÚL, C.; FONSECA, A. Coord. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005, 167 p.

Gráfico 1 - Determinantes da qualidade de vida, segundo a opinião dos clientes.



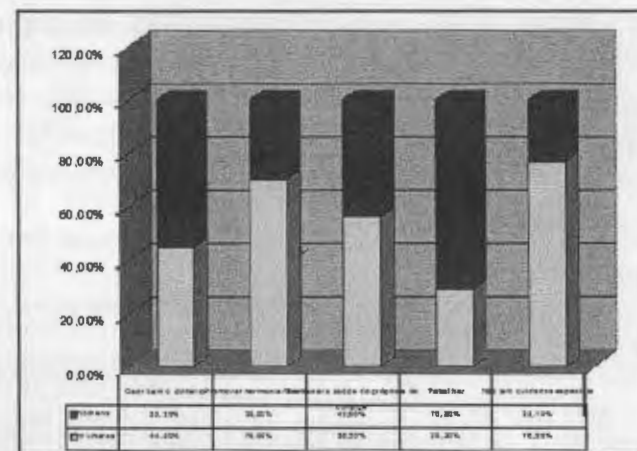
A Tabela 2, evidencia que, de facto, a percepção da qualidade de vida é determinada pela capacidade económica, pois a maioria dos clientes (40) que tem um rendimento mensal inferior ou igual a 399 euros (grupo, essencialmente, constituído por mulheres que trabalham como domésticas), considera a sua qualidade de vida má ou muito má e a maioria (20) dos que auferem mais de 600 euros considera que é boa ou muito boa (grupo, essencialmente, constituído por homens), tendo-se evidenciado relação significativa entre estas variáveis, confirmada pelo teste de qui-quadrado (0,004). Será que o nível socioeconómico mais elevado possibilita mais fácil acesso a serviços e a produtos, condicionando, por conseguinte, a percepção positiva da qualidade de vida?

Tabela 2 – Percepção da qualidade de vida, segundo o rendimento mensal.

Rendimento		Qualidade de vida			Total
		Má e muito má	Razoável	Boa e muito boa	
	menos de 200 euros	Nº 9	4	0	13
		% 69,2	30,8	-	100,0
	de 200 a 399 euros	Nº 31	22	12	65
		% 47,7	33,8	18,5	100,0
	de 400 a 599 euros	Nº 10	14	7	31
		% 32,3	45,2	22,6	100,0
	de 600 a 799 euros	Nº 3	7	9	19
	% 15,8	36,8	47,4	100,0	
mais de 800 euros	Nº 5	10	11	26	
	% 19,2	38,5	42,3	100,0	
Total	Nº 58	57	39	154	
	% 37,7	37,0	25,3	100,0	

Para a promoção da qualidade de vida, como se verifica pela análise do Gráfico 2, a estratégia utilizada, em primeiro lugar, pelas mulheres, é a promoção da harmonia familiar, já os homens preocupam-se mais em trabalhar. Será que tal se deve ao facto de as mulheres terem o papel de “cuidar da família” e os homens de “angariar dinheiro” para a subsistência da mesma?

Gráfico 2 - Cuidados utilizados para a promoção da qualidade de vida, segundo o género.



É de salientar que *Não têm cuidados especiais para a promoção da sua qualidade de vida*, 16,0% dos clientes. Este grupo é constituído, essencialmente, por mulheres, que *não estão satisfeitos com a sua vida* (76,9%), que *a consideram vazia* (57,7%) e que *não se sentem felizes, a maior parte do tempo* (69,2%). Será que esta situação é o resultado de um estado de apatia e desinteresse que leva a não se preocuparem em cuidar da sua qualidade de vida? Será que pelo facto da maioria das mulheres ser doméstica, com objectivos de vida circunscritos, essencialmente, à família, “esquecem--se de si, como pessoas” e, por isso, não têm *cuidados especiais*, para a promoção da sua qualidade de vida? Silva e Alves¹¹, consideram que os papéis e estatutos tradicionais das mulheres, menos valorizados, socialmente, são responsáveis, pela insatisfação, a nível da realização pessoal, o que pode justificar uma pior saúde e a percepção de mal-estar.

Percepção e práticas para a promoção do envelhecimento saudável

A saúde é uma dimensão importante da qualidade de vida^{12, 13} e, segundo Ribeiro¹⁴, o indicador que apresenta maior correlação com o resultado total da qualidade de vida. No entanto, neste estudo, *a saúde* foi a determinante da qualidade de vida que emergiu em segundo lugar. Apesar disso, pela análise da Ta-

- 11 SILVA, L.; ALVES, F. – *A saúde das mulheres em Portugal*. Porto: Afrontamento, 2003, 198 p.
- 12 CANOTILHO, J.; MOREIRA, V. – *Constituição da República Portuguesa anotada*. 3ªed. Coimbra: Coimbra Ed., 1993, 134 p.
- 13 OMS – *Carta de Otawa para a promoção da saúde*. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Genève, 1986, 22 p.
- 14 RIBEIRO, J. – A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*. Lisboa. Nº2/3 (Abr./Set.1994), p. 179-191.

bela 3 constata-se que existe uma grande coincidência da opinião dos clientes, relativamente à *percepção da qualidade de vida e a percepção do estado de saúde*, o que é reforçado pela existência de uma relação, altamente, significativa, entre estas variáveis (probabilidade de significância de 0,000), pelo teste de qui-quadrado. Dos 52 clientes que têm percepção positiva da sua qualidade de vida, 29, também, têm percepção positiva do seu estado de saúde e dos 33 que têm percepção negativa da sua qualidade de vida, 22, também, consideram o seu estado de saúde *mau* ou *muito mau*. Para além disso, a maioria considera a sua saúde, tal como caracterizou a sua qualidade de vida, *razoável* (35,2%).

Tabela 3 – Percepção do estado de saúde, segundo a percepção da qualidade de vida.

		Percepção do estado de saúde					Total	
		Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito Bom		
Percepção de qualidade de vida	Muito Má	Nº	5	3	2	0	0	10
		% qualidade de vida	50,0	30,0	20,0	0,0	0,0	100,0
		% estado de saúde	23,8	7,5	3,5	0,0	0,0	6,2
	Má	Nº	4	10	5	4	0	23
		% qualidade de vida	17,4	43,5	21,7	17,4	0,0	100,0
		% estado de saúde	19,0	25,0	8,8	10,8	0,0	14,2
	Razoável	Nº	11	22	33	10	1	77
		% qualidade de vida	14,3	28,6	42,9	13,0	1,3	100,0
		% estado de saúde	52,4	55,0	57,9	27,0	14,3	47,5
	Boa	Nº	1	5	16	17	4	43
		% qualidade de vida	2,3	11,6	37,2	39,5	8,3	100,0
		% estado de saúde	4,8	12,5	28,1	45,9	57,1	26,5
Muito boa	Nº	0	0	1	6	2	9	
	% qualidade de vida	0,0	0,0	11,1	66,7	22,2	100,0	
	% estado de saúde	0,0	0,0	1,8	16,2	28,6	5,6	
Total	Nº	21	40	57	37	7	162	
	% qualidade de vida	13,0	24,7	35,2	22,8	4,3	100,0	
	% estado de saúde	100	100	100	100	100	100	

A concepção que cada pessoa tem da sua saúde é determinada pelos seus valores e crenças, pelos factores económicos, educacionais, culturais, pessoais (género, idade), experiência de vida, relação interpessoal, pelas práticas institucionais e do am-

biente, onde vive e pelos estilos de vida adoptados.^{15, 16, 17}

A pessoa pode sentir-se saudável, quando transforma e integra os seus problemas físicos e as suas limitações, na nova percepção de si própria, modifica o seu estilo de vida, adaptando-o à sua nova situação, conservando uma atitude positiva^{18, 19, 20}. Deste modo, a saúde não é a mera ausência de doença, mas sim a oportunidade de criar bem-estar e realizar o potencial humano²¹. No entanto, a maioria dos clientes, que classifica o seu estado de saúde de *mau ou muito mau*, fã-lo por se considerar *doente* (grupo, essencialmente, constituído por mulheres) e a maioria dos que o percebem de *muito bom*, justifica-o por se considerar *saudável* (grupo, essencialmente, constituído por homens), conforme Gráfico 3. Será que tal se deve ao facto de existir maior vulnerabilidade de saúde, nas mulheres? Ou será que se deve ao facto das mulheres terem maior dificuldade em se adaptarem à nova situação?

15 HONORÉ, B. - *La santé en projet*. Paris: Interditions, 1996, 67 p.

16 BASTO, M.; MAGÃO, M. - Práticas de enfermagem: algumas reflexões sobre o estado da arte da investigação. *Revista Investigação em enfermagem*. Coimbra. Nº 4 (2001), p. 18-21.

17 SQUIRE, A. - A saúde e bem-estar para pessoas idosas - Fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência, 2002, 203 p.

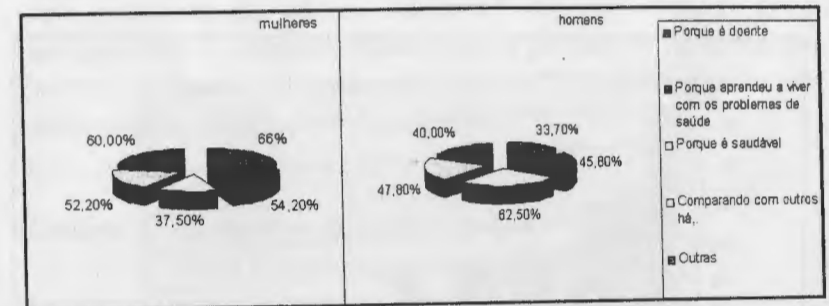
18 ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2002, 12 p.

19 RAMOS, H. - Qualidade de vida e envelhecimento. In RENAUD, Michel [et al.] - *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2001, p.32-36.

20 BERGER, L. - *Pessoas idosas - Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta, 1995, 289 p.

21 ROPER, N.; LOGAN, W; TIERNEY, A. - *Modelo de enfermagem*. 3ª ed. Alfragide: Mc Graw Hill, 1995, 97 p.

Gráfico 3 - Justificação atribuída à percepção do estado de saúde, segundo o género.

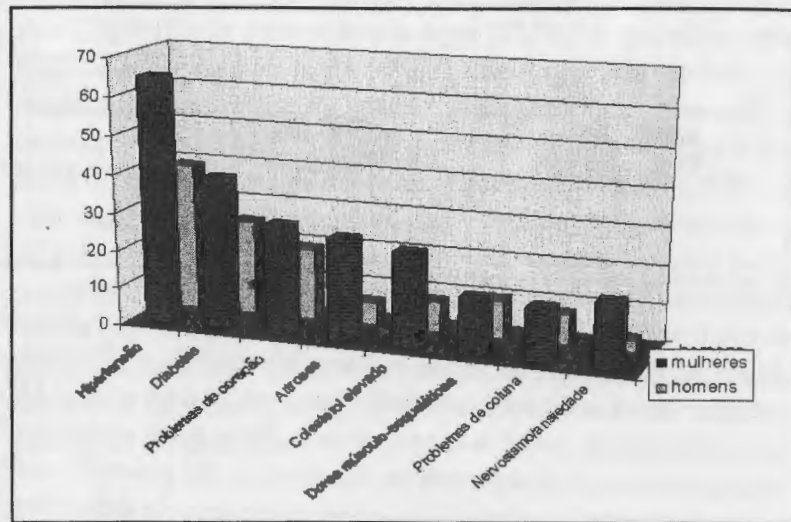


A análise da Gráfico 4, mostra que dos 156 clientes, que referem ter problemas de saúde, 104 tem hipertensão e 65 diabetes, sendo maior a incidência nas mulheres, com 50 a 64 anos (53,8% com hipertensão e 47,7% com diabetes). Estas patologias quando não são mortais, frequentemente, deixam sequelas graves e bastante incapacitantes, com perda de autonomia e grau de dependência elevada. Tais situações alertam que, para contrariar as previsões de Robine e outros²², acerca do aumento das situações de dependência, torna-se urgente, como preconiza o Plano Nacional da Saúde 2004/2010²³, que se invista na promoção da saúde, através da promoção de estilos de vida mais saudáveis nos cidadãos, inclusivamente, portadores de doença, no diagnóstico precoce e melhoria no acesso aos serviços de saúde.

22 ROBINE, J. [et al.] - *La sté des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population?* OCDE, 2000/1, 128 p.

23 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004, 32 p.

Gráfico 4 - Problemas de saúde mais referidos, segundo o género.



Verifica-se, ainda, que a grande maioria das perturbações referidas surge em consequência dos estilos de vida adoptados, ao longo da vida. Há provas muito sugestivas de que o nível de actividade física, os hábitos alimentares e os tabágicos têm relação, com o acidente vascular cerebral, a doença coronária, o cancro, a diabetes, a depressão, a obesidade, entre outras^{24, 25}. Deste modo, é evidenciado o vasto campo, onde a acção dos profissionais de saúde, através da educação da população, ao longo de todo o curso de vida, pode contribuir para a prevenção de muitas doenças, para a promoção da qualidade de vida na velhice e para ganhos em saúde²⁶.

Para além do exposto, dos 162 clientes do estudo, apenas 6

24 RAMOS, H. – Qualidade de vida e envelhecimento. In RENAUD, Michel [et al.] – *Novos desafios à bioética*. Porto: Porto Editora, 2001, 36 p.

25 PINTO, A. – *Envelhecendo vivendo*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001, 39 p.

26 MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Plano Nacional da Saúde 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2004, 32 p.

referiram *não ter problemas de saúde*, tendo recorrido à Unidade de Saúde, para vigilância de saúde. Será que a população, também, não tem de ser educada, para recorrer aos serviços de saúde para a promoção da saúde?

O “nervosismo/ansiedade” foi uma situação referida por 17 mulheres. Defende Silva²⁷, que a saúde mental, na idade adulta avançada, tem por base o percurso feito pelo indivíduo ao longo da trajectória vital, como foi experimentando emoções e afectos, como foi resolvendo conflitos e se foi adaptando às situações oferecidas pela vida. Salienta que o processo de envelhecimento implica adaptação a alterações da vida quotidiana, às perdas de rotinas com que sempre se viveu, à morte de entes queridos, à reforma com abandono do mercado de trabalho, por vezes, sem planeamento de actividades alternativas, induzindo ao isolamento físico e psicológico e à perda de relações sociais, altamente responsáveis pela depressão.

Os distúrbios depressivos estão integrados no grupo das 7 patologias mais incapacitantes da Europa²⁸. Estudos realizados na Comunidade Europeia permitem estimar que, aproximadamente, oito milhões de cidadãos, com idade igual ou superior a 65 anos, sofrem de depressões potencialmente tratáveis 27. Os adultos com idade avançada, apesar das perdas e da heterogeneidade existente entre eles, enquanto grupo, possuem energias que podem ser, com o devido apoio, canalizadas e orientadas para prover a sua própria saúde mental.

Utilizando a escala geriátrica da depressão²⁹, através da Tabela 4, constata-se que apenas 22,8% dos clientes não possui sinais de depressão, sendo este grupo constituído por um número

27 PAÚL, C.; FONSECA, A. Coord. – *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, 2005, 167 p.

28 OMS – Relatório da Saúde na Europa. OMS, 2005, 26 p.

29 DOHNER, H. [et al.] – EASYcare – Sistema de avaliação de idoso - versão portuguesa – *Escala Geriátrica de depressão*. União Europeia: Copyright, 1997, 5 p.

de clientes muito idêntico, de ambos os sexos. Dos 125 que possuem sinais de depressão, 75 são mulheres, possuindo, 28,7%, 3 sinais de depressão. Apesar disso, não existe relação significativa, entre possuir sintomas de depressão e o género, pelo teste de qui-quadrado (0,486).

Tabela 4 - Escala geriátrica da depressão, segundo o género.

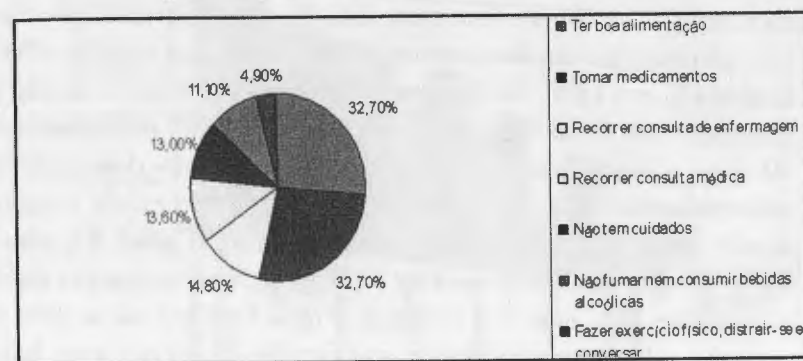
		Género		Total	
		Feminino	Masculino		
Escala geriátrica de depressão	0,00	N	19	18	37
		% escala geriátrica	51,4	48,6	100,0
		% género	20,2	26,5	22,8
	1,00	N	21	18	39
		% escala geriátrica	53,8	46,2	100,0
		% género	22,3	26,5	24,1
	2,00	N	15	19	34
		% escala geriátrica	44,1	55,9	100,0
		% género	16,0	27,9	21,0
	3,00	N	27	11	38
		% escala geriátrica	71,1	28,9	100,0
		% género	28,7	16,2	23,5
4,00	N	12	2	14	
	% escala geriátrica	85,7	14,3	100,0	
	% género	12,8	2,9	8,6	
Total	N	94	68	162	
	% escala geriátrica	58,0	42,0	100,0	
	% género	100,0	100,0	100,0	

Do exposto se depreende a importância dos profissionais de saúde estimularem os clientes para a adopção de comportamentos promotores de envelhecimento saudável e utilizarem a escala de depressão para os encaminhar, o mais precocemente possível, para o tratamento e a prevenção das perturbações daí decorrentes, como preconizado na Declaração de Jakarta³⁰.

30 OMS - Declaração de Jakarta. IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde no século XXI. Jakarta, 1997, 6 p.

A promoção da saúde é uma responsabilidade individual³¹ cujos comportamentos são influenciados pelo ambiente onde se vive, pelas crenças, valores e desejos³². No que se refere às estratégias que os clientes utilizam, para a promoção da sua saúde, como se constata pela análise do Gráfico 5, as mais referidas são, *ter boa alimentação e tomar os medicamentos*.

Gráfico 5 - Cuidados utilizados pelos clientes para a promoção da saúde.



Interessante é verificar que 34 clientes, que têm percepção positiva da sua vida, optam por estratégias preventivas, nomeadamente, por alimentação equilibrada, prática de actividade física, não fumar, nem consumir bebidas alcoólicas. Os que têm percepção negativa da sua qualidade de vida optam, preferencialmente, pelo consumo de medicamentos.

Não têm cuidado algum para a promoção da sua saúde 21

31 OMS - Carta de Ottawa para a promoção da saúde. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Genève, 1986, 18 p.

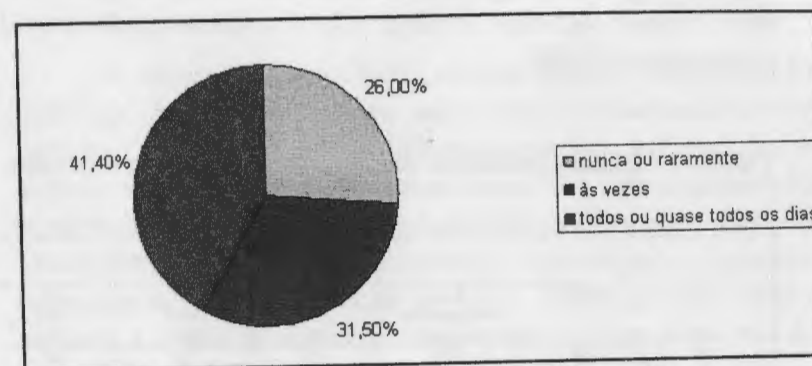
32 ORDEM DOS ENFERMEIROS - Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 2002, 12 p.

clientes (13,0 %), em que 46,5 % destes têm percepção negativa da sua qualidade de vida, assim como do seu estado de saúde e 16,2%, não se sente feliz, a maior parte do tempo. Será que, por isto, não investem na promoção da sua saúde, por desinteresse com a vida? Será que pelo facto de 61,9 % serem mulheres, se deve à simultaneidade de papéis que têm de desenvolver a nível familiar, laboral, entre outros e por conseguinte, negligenciarem a promoção da sua própria saúde?

No que se refere à alimentação, através da análise do Gráfico 6, verifica-se que a maior parte dos clientes, considera que faz uma alimentação saudável, todos ou quase todos os dias (41,4%). Embora já em 1998, de forma explícita o Ministério da Saúde³³ pretender aumentar a percentagem da população, com mais de 40 anos, a fazer uma alimentação saudável, 26 % dos clientes referem *nunca* ou, *raramente* o fazer. Apesar de não existir relação significativa, pelo teste de qui-quadrado, entre o *género* e a realização de uma *alimentação saudável* (0,573), verifica-se que são mais as mulheres que *nunca* ou, *raramente*, a têm. Será que tal se deve à situação, relativamente comum, nas famílias açorianas, com baixo poder económico, das mulheres “*amanharem-se com qualquer coisa*” e se preocuparem mais com a alimentação dos maridos, por serem eles o “*ganha pão da família*” e, por isso, “*o melhor quinhão é para eles*”?

33 MINISTÉRIO DA SAÚDE- *Sistema de formação do Ministério da Saúde – Desenvolvimento de uma estratégia*. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, 1998, 26 p.

Gráfico 6 – Percepção dos clientes do consumo de uma alimentação saudável.



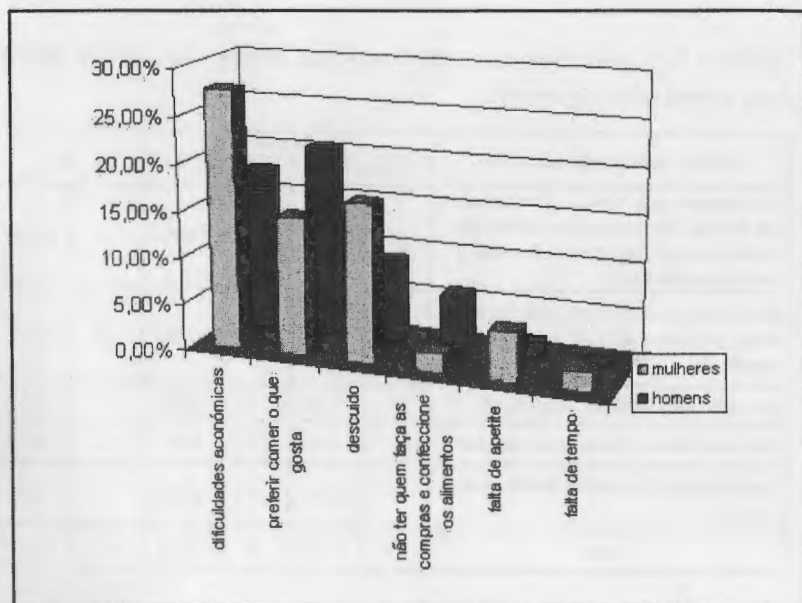
No Gráfico 7, verifica-se que a maioria das mulheres que nunca, raramente ou só às vezes, fazem alimentação saudável, alegam, como principal motivo, as dificuldades económicas. Segundo Malcate³⁴, as despesas correspondentes a uma dieta adequada, representam 66% do orçamento mensal médio. Estas associadas a outros compromissos inadiáveis (medicamentos, rendas de casa, água e luz, no mínimo), levam a recorrer aos alimentos mais baratos, nem sempre mais adequados³⁵. Por isso, Squire³⁶ afirma que o rendimento reduzido pode ter um efeito prejudicial nos estilos de vida, na saúde e, conseqüentemente, no envelhecimento bem sucedido, ao impedir o acesso a um padrão de vida aceitável.

34 MALCATE, F. – O idoso, a nutrição e a sociedade: considerações sobre a quantidade e qualidade de vida. Lisboa: Instituto Piaget, 2003, 78 p.

35 PINTO, A. – *Envelhecendo vivendo*. Coimbra: Quarteto Ed., 2001, 23 p.

36 SQUIRE, A. – A saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática. Loures: Lusociência, 2002, 196 p.

Gráfico 7 - Razões atribuídas pelos clientes ao facto de não fazerem, frequentemente, uma alimentação saudável, segundo o género.

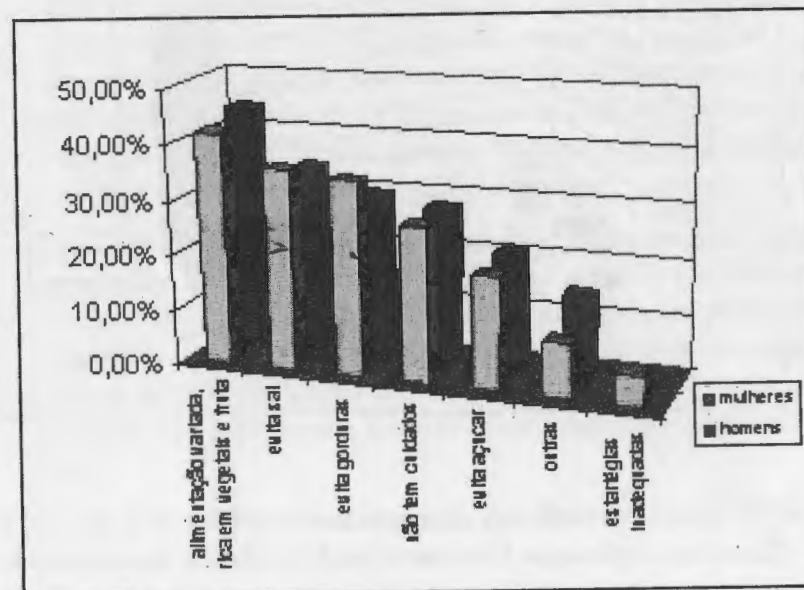


A maioria dos homens refere que nunca, raramente ou só, às vezes, faz alimentação saudável, por preferirem comer o que gostam. Tal situação demonstra que, efectivamente, a mudança de comportamentos não passa, unicamente, pela obtenção de conhecimentos e de poder económico, é necessária a motivação para a mudança. De facto, as pessoas têm direito a escolher o seu comportamento, face à saúde e de serem respeitadas e aceites, independentemente, das suas opções.

No que se refere aos cuidados utilizados para a promoção de uma alimentação saudável, conforme se pode ver através do Gráfico 8, em termos percentuais são muito semelhantes as estratégias utilizadas pelos clientes de ambos os sexos. Em primei-

ro lugar, emerge o cuidado em fazer uma alimentação variada e rica em vegetais (sopa e saladas) e fruta.

Gráfico 8 - Cuidados utilizados para a promoção da alimentação saudável, segundo o género.



No que se refere ao consumo de medicamentos para a promoção da saúde, constata-se através do Gráfico 9, que a maioria dos dois géneros e, em termos percentuais muito semelhantes, consomem medicamentos, diariamente, receitados pelo médico. Pelo teste de qui-quadrado, confirma-se a independência entre estas variáveis, por a probabilidade de significância ser de 0,342.