

ANTÓNIO V. BENTO
(org)



A ESCOLA EM TEMPO DE CRISE

OPORTUNIDADES E CONSTRANGIMENTOS

1ª Edição 2012



UNIVERSIDADE da MADEIRA
www.uma.pt

CIE-UMa

Centro de Investigação em Educação
www.uma.pt/cie-uma

A ESCOLA EM TEMPO DE CRISE OPORTUNIDADES E CONSTRANGIMENTOS

ANTÓNIO V. BENTO
(org)

António V. Bento é Professor Auxiliar com Nomeação Definitiva e Director do Mestrado em Educação, área de Administração Educacional no Centro de Competência das Ciências Sociais (Departamento de Ciências da Educação) e membro do Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira.

“...Estruturámos este livro da seguinte forma: Na Parte I apresentamos os textos das conferências – Conferência 1 “Da crise da escola à escola contra a crise” por Carlos Vilar Estêvão do Instituto de Educação da Universidade do Minho; Conferência 2 “A escola em tempo de crise: desafios da profissão docente” por Alice Mendonça do Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira; e, Conferência 3 “A ESCOLA EM TEMPO DE CRISE: GERIR OU LIDERAR? Gestão (escolar) para tempo de magnificência e liderança (escolar) para tempo de crise” por António V. Bento do Centro de Investigação em Educação da Universidade da Madeira.

Nas Partes II e III, apresentamos um total de 21 comunicações organizadas de acordo com as duas oficinas temáticas: Oficina temática A “Oportunidades para a escola em tempo de crise”, com 10 comunicações. Oficina temática B, “Constrangimentos para a escola em tempo de crise”, com 11 textos.” (in Nota de Abertura).

ANTÓNIO V. BENTO (Org.)

**A ESCOLA EM TEMPO DE CRISE:
OPORTUNIDADES E CONSTRANGIMENTOS**

Título

A escola em tempo de crise: Oportunidades e constrangimentos

Organizador

António V. Bento

Edição

Centro de Investigação em Educação – CIE-UMa

Design Gráfico

Énio Freitas

Impressão e Acabamento

João Duarte, Unipessoal, Lda

Tiragem

200 Exemplares

ISBN

978-989-97490-2-3

Depósito Legal

344631/12

© CIE-UMa 2012

www.uma.pt/cie-uma

The logo for FCT (Fundação para a Ciência e a Tecnologia) consists of the letters 'FCT' in a bold, green, sans-serif font.

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

PEST-OE/CED/UI4083/2011

DESAFIOS NA EDUCAÇÃO DE ADULTOS. O PONTO DE VISTA DA SAÚDE

Gorete Reis

Universidade da Madeira

INTRODUÇÃO

Hoje, para a maioria das pessoas, a vida organiza-se de acordo com a comunicação massmediática, nomeadamente dos jornais e da televisão. Mesmo a população adulta e idosa precisa de conhecer o que se passa à sua volta para poder gerir o seu dia-a-dia e, para tal, é condição básica dominar a linguagem oral e escrita. Sabemos que os níveis de literacia dos adultos e idosos, em Portugal e na Madeira são ainda deficitários e, por isso, têm sido criados programas que visam dar novas oportunidades para adquirir conhecimentos e competências básicas da língua. As repercussões desse controlo da linguagem fazem-se sentir na gestão da própria saúde, complexa e exigente, já que muitas tarefas de cuidados são endereçadas à própria pessoa e sua família.

Interessa, pois, conhecer quem são estes concidadãos, que níveis de escolaridade têm e que factores pessoais e contextuais podem influenciar as condições de desenvolvimento, nomeadamente através da educação.

Viver activamente

As pessoas têm a expectativa de viver mais anos, saudáveis e sem incapacidades, fundamento para o envelhecimento bem sucedido, mas cujo sucesso é alcançado de diferentes maneiras, pelos diferentes indivíduos (Ferri, James & Pruchno, 2009). No entanto, as perspectivas sob que é abordado, realçam distintos aspectos que vão da longevidade, à saúde e à satisfação. A estes critérios, Rowe e Kahn (1997) associam o baixo risco de doença ou de incapacidade por doença, o elevado funcionamento físico e mental e o envolvimento activo com a vida.

Consegue-se reformular a própria vida, focando o que é verdadeiramente importante e mantendo a motivação para fazer projectos pessoais que se vão adequando, em complexidade, às suas próprias possibilidades (Lawton, Moss, Winter *et al*, 2002). O envolvimento activo

com a vida assume as formas de relação interpessoal e actividades produtivas que criam valor social (Rowe & Kahn, 1997) e geram satisfação.

A maior parte das pessoas mantém-se independente na idade mais avançada, necessitando de cuidados de proximidade, seja na saúde seja no âmbito social (WHO, 2002). Nesse sentido a Comissão Europeia decidiu declarar 2012, o Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da solidariedade entre gerações, promovendo uma cultura positiva para o envelhecimento e para a inclusão intergeracional. Há pessoas que lidam bem com o seu processo de envelhecimento, adaptam-se às mudanças e transitam para novos estádios de desenvolvimento num movimento entre ganhos, perdas e adaptação (Baltes & Cartenson, 1996). Outras, porém, vivem em contextos pouco favoráveis ao desenvolvimento dos desideratos da Comissão Europeia, seja pelas mudanças na organização social, nomeadamente da família, seja pela baixa literacia dos membros adultos e idosos que dificulta lidar com o imprevisto e com a mudança. A organização da família tem novas apresentações e Bengston, Lowenstein, Putney, e outros (2003) verificaram que as relações intergeracionais se mantêm fortes, apesar de complexas e de configurarem outros modelos de família que não o tradicional. O Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa (Oliveira, Rosa, Pinto, *et al*, 2008) refere que o número dos a viver só, aumenta com a idade.

A comunicação, condição de vida

A comunicação na sociedade, mormente apoiada nos códigos da escrita, como a informática e internet, assume formas mais complexas, embora aliciantes porque imediatamente nos colocam nos mais diversos espaços do mundo e nos aproxima da família e dos amigos. Eis porque a apropriação daquela ferramenta pode ser uma mais-valia e, quando associada aos saberes anteriormente adquiridos, é um stock de recursos que podem ser mobilizados de distintos modos. Tal como Canário, recordamos que o analfabetismo é selectivo, porque acompanha a geografia da pobreza e é mutante, porque renasce, sobre novas formas, naqueles que têm dificuldade em processar a informação escrita (Canário, 2000), pelo que deve ser combatido, para se obter melhor qualidade de vida.

O nível de instrução das mulheres, mais baixo nos grupos etários acima dos 55 anos, sobe no secundário e mais ainda no superior, enquanto nos homens decresce. Em 1999, 66,4% das mulheres sem qualquer nível de instrução, tinham mais de 54 anos (INEa, 2000). A complicar o quadro foram

identificadas situações de iliteracia por desuso da capacidade de ler e escrever.

Apesar do estudo do EUROSTAT referir que somos dos países da Europa com maior taxa de população com 65 e mais anos no activo laboral (INEb, 2000) essa ocupação é maioritariamente em áreas que exigem pouca ou nenhuma qualificação. Ainda que a situação seja desejável para algumas pessoas, pois teriam no emprego uma forma de acrescentar recursos económicos às suas magras pensões, é difícil nos tempos de escassez de emprego.

Há implicações da iliteracia na educação para a saúde, porque há maior dependência e um maior consumo de serviços de emergência e dos serviços diferenciados ou de cuidados curativos, em vez dos preventivos que têm mais baixos custos e são mais eficazes (Loureiro & Miranda, 2010). Este cenário felizmente está a mudar, pois foi, até hoje, incentivado pelas políticas de saúde que tentam centrar na comunidade serviços de proximidade.

A educação para a saúde é parte da educação global dos adultos, pelo que se devem considerar os diversos factores intervenientes, pessoais ou contextuais, quando se organiza o processo de ensino. Há mudanças na forma de aprender e por isso as estratégias devem ajustar-se às necessidades da pessoa, envolvendo-a e motivando-a para a adopção de comportamentos de saúde.

Que mudanças podem ocorrer no ciclo de vida de um adulto?

A memória resulta do desenvolvimento da pessoa em interacção com a sociedade e o mundo, havendo períodos sensíveis para certas aprendizagens. Este facto coloca alguns adultos e idosos em situação de desvantagem, quando têm de adquirir competências em determinado campo cujo desenvolvimento deveria ter acontecido em períodos anteriores. No entanto, é possível a adaptação às necessidades, porque há outras capacidades como a linguagem, o raciocínio e o cálculo que se desenvolvem em paralelo, bem como é mantida a sensibilidade ao treino cognitivo e à terapêutica medicamentosa, que estimula capacidades remanescentes (Gonzaga & Nunes, 2008),

Aprender requer atenção, capacidades perceptíveis de resolução de problemas e de recuperação da informação, mas sem memória não se aprende. O declínio da inteligência é menos visível e não é universal, o que revela a plasticidade intra individual, a multidimensionalidade e a

multidireccionalidade dos processos de desenvolvimento do adulto (Marchand, 2001).

A saúde mental é uma componente da saúde em geral, que reúne uma dimensão subjectiva – o bem-estar, e uma dimensão objectiva – a ausência de transtornos mentais. Paúl e Ebrahim (2006), verificaram, numa população inglesa, que a prevalência do sofrimento psicológico era de 20%, representando as mulheres a maior percentagem; e que os problemas de saúde e as limitações eram fortes preditores daquela perturbação. A solidão é também um importante preditor do distress psicológico (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). De acordo com dados conjuntos dos Institutos Nacional de Estatística e Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, referentes ao inquérito nacional de saúde 2005/2006 em Portugal (INE, INSA, 2009), o sofrimento psicológico aumentou com a idade e a menor escolaridade. Fragoeiro (2008), num estudo sobre Saúde Mental das Pessoas Idosas na RAM, constatou que apenas 3,2% das pessoas apresentavam distress e que o afecto positivo e os laços emocionais apresentaram resultados satisfatórios e compatíveis com saúde mental. Um estudo realizado na Madeira em 2007 com idosos a viverem na comunidade revelou um número elevado (57%) de pessoas com 65 e mais anos, com humor deprimido (Reis, Silva & Fernandes, 2009),

O Relatório do Estudo de Necessidades dos Seniores em Portugal refere que metade da população idosa apresenta patologia, sendo o valor maior nas mulheres (56%) e nos mais velhos (63,6%) (CEDRU, 2008; Paúl, 2007). As doenças mais prevalentes têm carácter crónico e predispõem à incapacidade.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritivo e analítico.

A amostra é não probabilística, acidental, constituída por 380 pessoas que vivem na comunidade na Região Autónoma da Madeira e que têm 55 e mais anos. Há representantes de todos os concelhos da Região por sexo e grupo etário, tendo sido seleccionados pelo sistema de bola de neve

Variáveis: idade, género, estado civil, escolaridade, hábitos de sono, presença de doença e toma de medicamento, funções cognitivas, felicidade, solidão, sofrimento psicológico e isolamento.

Utilizámos o Protocolo P3A (Active Aging Assessment) usado por Paúl e colaboradores no Projecto DIA, em 2007. Neste estudo foi aplicado um Formulário que continha alguns dos instrumentos do Protocolo,

concretamente: General Health Questionnaire - GHQ-12 (Goldberg & Hillier,1979); é a versão abreviada de 12 itens. Rastreia problemas psiquiátricos *minor* e é usada como um indicador de perturbação psicológica. O ponto de corte largamente utilizado é 4, que é o recomendado por muitos autores (Bowling, 1991), bem como o utilizado (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006). Valores iguais ou superiores a 4 indicam *sofrimento (distress) psicológico*;

O Questionário de Bem-Estar/Felicidade - QBE/F (Lykken & Tellegen,1996) avalia a Felicidade, componente do bem-estar subjectivo, que traduz o grau de contentamento que resulta de um balanço hedonista entre experiências positivas e negativas. É uma simples questão, pontuada de 1 a 4, sobre o balanço do momento quanto a sentir-se bem e feliz, apesar das coisas boas e más que lhe sucederam. As posições 1 e 2 são consideradas de infeliz/descontente e as posições 3 e 4 feliz/contente;

O Mini Mental State Examination - MMSE (Folstein, Folstein & McHugh, 1975) validado para a população portuguesa, foi trabalhado como variável contínua.

A Escala de Solidão (Paúl, Fonseca, Ribeiro & Teles, 2006) faz uma avaliação subjectiva daquele. Avalia a frequência, momento temporal, e continuidade da situação. Basta referir o sentimento para ser incluído no grupo dos que sentem solidão.

A Escala de Rede de Apoio Social (ERAS) (Lubben, 1988) avalia a integração social e a rede social do indivíduo. É escala tipo Likert, O score global está compreendido entre 0 e 48. Lubben (1988) aponta o valor 20 como ponto de corte. Pontuações de vinte e abaixo indicam risco de isolamento.

Os dados foram colhidos entre Maio e Dezembro de 2008. Respeitamos os preceitos éticos, concretamente a liberdade para participar e para desistir a qualquer momento, o anonimato das fontes e a confidencialidade dos dados.

RESULTADOS

A maioria na amostra é do género feminino, 62,6%. A média de idade é 68,7 anos, com desvio padrão de 9,2 anos, variando a idade entre os 55 e os 99 anos

Os casados representam a maioria, 54,6%; os viúvos, 28,2%; os solteiros, 13,4% e por fim, os divorciados, 3,7%.

Há um percentual elevado de pessoas analfabetas (28,4%) e 46,8% têm apenas 4 anos de escolaridade. Realça-se que apenas 7,6% possuem ensino superior. Têm até 8 anos de escolaridade 8,4% das pessoas e, entre 9 e 12 anos, 8,7%. Aproximadamente um quarto da amostra (24,7%) tem entre 5 anos de escolaridade e o Ensino Superior. Verifica-se, na comparação entre os sexos, que as mulheres têm mais (29,4%) analfabetismo e os homens maior percentual no Ensino primário, nos restantes grupos não se apresentam diferenças percentuais relevantes entre os géneros. Há uma evolução em função da idade quanto ao nível de habilitações escolares, sendo que nos mais idosos a maioria (60,0%) é analfabeta e muito poucos (4,0%) têm formação de nível superior. No grupo dos mais jovens a maioria (57,9%) tem Ensino primário e o Ensino Superior é detido por um baixo percentual (11,7%), embora seja o maior da amostra naquele nível de escolaridade.

Tabela 1. Escolaridade por género e idade.

Escolaridade		Analfabeto	Ensino primário	<= 8 anos	>= 9 anos	Ensino superior	TOTAL	
G é n e r o	Feminino	n	70	108	23	18	19	238
		%	29,4	45,4	9,7	7,6	8,0	100,0
	Masculino	n	38	70	9	15	10	142
		%	26,8	49,3	6,3	10,6	7,0	100,0
G r u p o	55-64	n	10	84	12	22	17	145
		%	6,9	57,9	8,3	15,2	11,7	100,0
	65-74	n	50	55	12	9	8	134
		%	37,3	41,0	9,0	6,7	6,0	100,0
E t á r i o	75-84	n	33	31	7	2	3	76
		%	43,4	40,8	9,2	2,6	4,0	100,0
	85 e +	n	15	8	1	0	1	25
		%	60,0	32,0	4,0	-	4,0	100,0

As funções cognitivas estão preservadas na maioria (96,6%) das pessoas, mas aqueles que apresentam défice são 2,6% das mulheres e 0,8%

dos homens. No grupo das pessoas com 85 e mais anos, 24% apresentam défice cognitivo.

O sofrimento psicológico está presente em 15,3%, das mulheres, face aos 4,2% nos homens. Os mais idosos têm mais sofrimento psicológico. No grupo das mulheres 30,7% dizem-se infelizes e, no dos homens, 26,8%; mas é nos mais idosos que a infelicidade é maior (44,0%)

Tabela 2. Indicadores Psicológicos

Défice cognitivo (ponto de corte MMSE)	n	%
Não apresenta	367	96,6
Apresenta	13	3,4
Total	380	100,0
Sofrimento psicológico (Usando variáveis categóricas e ponto de corte 4)		
Sem sofrimento	306	80,5
Com sofrimento	74	19,5
Total	380	100,0
Felicidade (2 categorias)		
Nada + Um pouco	111	29,2
Bastante + Muito	269	70,8
Total	380	100,0

No que respeita aos hábitos de vida, realçamos os de sono, por serem aqueles em que se verificaram mais perturbações (42,4%), sendo assinalada a dificuldade em adormecer, em manter o sono e a coexistência de ambas. Dos que reconhecem ter dificuldades em dormir apenas metade está medicada. As mulheres recorrem mais à ajuda médica.

Tabela 3. Hábitos de sono e uso de terapêutica.

Hábitos de sono	n	%
Não tem problemas de sono	214	56,3
Tem problemas de sono e não toma medicação	81	21,3
Tem problemas de sono e toma medicação	80	21,1
Não indicou	5	1,3
Total	380	100,0

Há 51,3% das pessoas a sofrerem de Hipertensão Arterial, de que 34,6% são mulheres

A morbidade é elevada, porque há 68,4% da amostra que tem doença diagnosticada e tomam medicação (80,3%) sendo que 51,3% fazem polimedicação (tomam 3 ou mais medicamentos).

Tabela 4. Presença de doenças e uso regular de medicação.

Doenças diagnosticadas			Uso de medicação		
	n	%		n	%
Não	113	29,7	Normalmente não tomo medicamentos	75	19,7
Sim	260	68,4	Tomo 1 ou 2 medicamentos regularmente	110	28,9
Não indicou	7	10,8	Necessito de tomar 3 ou 4 medicamentos regularmente	92	24,2
Total	380	100,0	Necessito tomar 5 ou mais medicamentos regularmente	103	27,1
			Total	380	100,0

Apesar da baixa prevalência da solidão, verificámos que, entre as mulheres, 14,3% a referenciam e entre os homens, 7,8%, No grupo das mulheres as pessoas que se sentem isoladas são 7,6% e no dos homens temos 8,9% isolados.

Tabela 5. Sentimento de solidão e isolamento social.

Solidão	n	%	Isolamento	N	%
Não	334	87,9	Não Isolado	347	91,3
Sim	45	11,8	Isolado	30	7,9
Não indicou	1	0,3	Não indicou	3	0,8
Total	380	100,0	Total	380	100,0

Quando relacionamos algumas variáveis verificamos que se associa o pior desempenho das funções cognitivas à maior idade ($p < 0,001$); o sofrimento psicológico está associado às mulheres ($p = 0,019$) e àqueles que são divorciados e viúvos ($p = 0,001$). As perturbações do sono associam-se às mulheres ($p = 0,006$); e a presença de doença também se associa ao género feminino ($p < 0,001$), e a quem tem menor nível de escolaridade ($p = 0,025$).

Há associação entre a solidão e o menor nível de escolaridade ($p = 0,002$). Existe rede social de apoio quando menor é a idade ($p = 0,014$) e ser casado também a favorece ($p = 0,001$).

DISCUSSÃO

A amostra respeita às características da população, sendo prevaletentes as mulheres e os casados. Estes resultados estão em conformidade com os de outros estudos da população portuguesa que têm revelado a baixa literacia ou mesmo o analfabetismo (Costa, 2005; Fragoeiro, 2008). A escolarização, por ser baixa, não surge como um factor protector para as pessoas, conforme aventam Matthews, Jagger, Miller e outros (2009), mas pode configurar o que Baltes, Staudinger e Lindenberg (1999) identificam como sendo os aspectos comuns interindividuais, assim como as diferenças inter individuais que marcam o ciclo de vida, pois também traduz as influências político - sociais das diversas épocas.

A maioria das pessoas mantém integridade das funções cognitivas, mas quando surge o défice, ele é mais frequente nas mulheres e nos mais idosos, dados semelhantes aos encontrados no estudo sobre a população portuguesa de Oliveira, Rosa, Pinto e outros (2008).

A avaliação do bem-estar subjectivo revelou que a maioria se sente feliz. O estado civil é um dos factores robustos para o bem-estar e, nesse sentido, o afirmam Simões, Ferreira, Lima e outros (2000). Esta avaliação mais emocional, que resulta de um balanço entre as coisas boas e menos boas que nos aconteceram na vida, revela que as pessoas deste estudo têm condições favoráveis de funcionamento que as ajuda a fazer face aos desafios da vida (Novo, 2003).

A saúde mental abrange uma dimensão mais subjectiva, o bem-estar, e uma objectiva que se verifica na ausência de transtornos mentais. Na amostra, o sofrimento psicológico não é sentido pela maioria, ainda que haja 19,5% das pessoas a referi-lo; resultados próximos dos encontrados por Paúl e colaboradores (2006), num estudo realizado à população idosa na Inglaterra. O Inquérito de Saúde de 2005-2006 (INE; INSA, 2009) corrobora estes resultados, ao constatar o aumento do sofrimento psicológico (41%) com a idade, sobretudo nas pessoas com 75 anos e mais, bem como com a baixa escolaridade.

O sono, sendo uma função reparadora e reguladora das funções cerebrais, modifica-se no ciclo de vida e carece de adaptação da pessoa aos novos ritmos. No entanto, nem sempre é fácil fazê-lo e, como neste estudo,

são comuns os problemas (Cortez-Pinto, 2006) que levam as pessoas a procurar ajuda. Noutro estudo realizado por Ohayon (2009) são apontadas duas interrupções do sono em 59% das pessoas, muitas vezes relacionadas com a morbilidade (Cuellar, Rogers, Hysgham, *et al*, 2007) o que traduz as implicações na vida diária e na qualidade de vida.

A hipertensão arterial afecta metade da amostra, o que se encontra em linha do que afirmaram Polónia, Ramalhinho, Martins e outros (2006), de que 43% da população adulta sofre de hipertensão. Este é um dos elementos do risco cardiovascular que deve ser detectado precocemente, tratado medicamente e acompanhado para apoio no auto cuidado, concretamente na educação para a saúde.

CONCLUSÃO

Estamos perante pessoas que vivem na comunidade, que são independentes para governar a sua vida e, por essa razão, são muito poucas as que têm défice cognitivo. A estimulação advém de muitas áreas sem dominância de nenhuma, embora a componente biológica possa justificar diferenças individuais (Marchand, 2001; Pais, 2008). Salthouse, Berisch e Miles (2002) assinalam que o funcionamento cognitivo é sobretudo efeito da estimulação ao longo do curso de vida, pelo que os bons resultados não se conseguem com a estimulação transversal. A amostra comporta pessoas com 55-64 anos, em cujo grupo estão aqueles que mantêm o exercício profissional que habitualmente solicita mais o exercício das funções. Mesmo concordando que as dificuldades podem ser compensadas pela linguagem, está patente que os mais idosos estão em risco (García, 2004) bem como as mulheres, por viverem mais, pela interferência dos efeitos biológicos, da baixa escolaridade e até por receberem menos estímulos do contexto.

A escolaridade assim como a menor idade melhoram a rede social de apoio. Daí os desafios que se colocam na formação de adultos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baltes, M.; Cartensen, L. (1996). The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Baltes, P.; Staudinger, U.; Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annu. Rev. Psychology*, 50, 471-507.

Bengston, V.; Lowenstein, A.; Putney, N.; Gans, D. (2003). Global Aging and Challenges to Families. In Bengston, V.; Lowenstein, A. (Eds.). *Global Aging and Challenges to Families*, 1-24, New York: Walter de Gruyter.

Bowling, A. (2005). *Measuring Health: A review of quality of life measurement scales*, 3ªEd, Berkshire: Open University Press.

Canário, R.(2000).Educação de Adultos:Um Campo e uma Problemática. Lisboa: Educa

CEDRU (2008). *Estudo de avaliação das Necessidades dos Seniores em Portugal - Relatório Final*. Lisboa: Fundação Aga Khan Portugal

Cortez-Pinto, L. (2006). Perturbações do sono no Idoso. In Firmino, H. (org). *Psicogeriatría*, 107-112. Coimbra: Almedina.

Costa, Ana. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In Paúl, C.; Fonseca A. (eds.). *Envelhecer em Portugal*, 159-176. Lisboa: Climepsi.

Cuellar, N.; Rogers, A.; Hisghman, V.; Volpe, S. (2007). Assessment and treatment of sleep disorders in the older adult. *Geriatric Nursing*, 28 (4), 254-264.

Ferri, C.;James,I.; Pruchno,R. (2009). Successful Aging: Definitions and Subjective Assessment According to Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 32, 379-388.

Folstein,M.; Folstein, S.; McHugh, R. (1975). Mini Mental State – A Practical Method for Grading The Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatry*, 12, 189-198.

Fragoeiro, I.M.R. (2008). *A Saúde Mental das Pessoas Idosas na Região Autónoma da Madeira*. Tese de Doutoramento apresentada no ICBAS.

García, M.D.C. (2004). Psicología da vejez: el funcionamiento cognitivo. In Fernández-Ballesteros; R (Dir.). *Gerontología Social*, 201-227. Madrid: Pirámide.

Goldberg, D.; Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Gonzaga, L. (2008). O Esquecimento. In Nunes, B. (Coord). *Memória: Funcionamento, Perturbações e Treino*, 73-80. Lisboa: Lidel.

Heinekken, Eino. (1993). Socioeconomic and life-style factors a modulators of health and functional capacity with age. In Schroots, J.J.F.(Ed.). *Aging, Health and Competence*, 65-86. Amsterdam: Elsevier.

INEa (2002). *Mulheres e Homens em Portugal nos anos 90*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INEb (2002). *O Envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas Idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

INE & INSA (2009). *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*. Lisboa: INE & INSA.

- Lawton, M.P.; Moss, M.; Winter, L.; Hoffman, C. (2002). Motivation in Later Life: Personal Projects and Well-Being. *Psychology and Aging*, 17 (4), 539-547.
- Loureiro, I.; Miranda, N. (2010). *Promover a saúde. Dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina.
- Lubben, J. N. (1988). Lubben Social Network Scale, *Family and Community Health*, November, 44-53.
- Marchand, H. (2001). *Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e ao idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Matthews, F.; Jagger, C.; Miller, L.; Brayne, C.; MRC CFAS (2009). Education Differences in Life Expectancy with Cognitive Impairment. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64A (1), 125-131.
- Oliveira, C.; Rosa, M.; Pinto, A.; Botelho, A.;Morais, A.;Veríssimo, M. (2008). *Estudo do Perfil do envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: FMUC.
- Pais, J. (2008). As Dificuldades de Memória do Idoso. In Nunes, B. (Coord.) *Memória: Funcionamento, Perturbações e Treino*, 153-169. Lisboa: Lidel
- Paúl, C.; Ayis, S.; Ebrahim,S. (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11 (2), 221-232.
- Paúl, C. (2007). Old-Old People: Major Recent Findings and European Contribution to the state of the Art. In Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology- European Perspectives for an Aging World*, 128-144. Göttingen: Hogrefe.
- Paúl, C.; Fonseca, A.; Ribeiro, O. (2008). The Protocol of Assessment of Active Aging.
- Polónia, J.; Ramalhinho, V.; Martins, L.; Saavedra, J. (2006). Normas sobre Detecção, Avaliação e Tratamento da Hipertensão Arterial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 25 (6), 649-660.
- Reis, G.; Silva, C.; Fernandes, T. (2009). Depresión (humor deprimido) en los mayores residentes en la comunidad. *Gerokomos*, 20 (3), 74-77.
- Rowe, J.W.; Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Salthouse, T.A.; Berish, D. E.; Miles, J. D. (2002). The Role of Cognitive Stimulation on the Relations Between Age and Cognitive Functioning. *Psychology and Aging*, 17 (4), 548-557.
- Simões, A.; Ferreira, J.; Lima, M.; Pinheiro, M.; Vieira, C.; Matos, A.; Oliveira, A. (2000). O bem-estar subjectivo: estado actual dos conhecimentos. *Psicologia, Educação e Cultura*, VI (2), 234-279.
- WHO (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Geneva: Department of Health Promotion.