



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências Sociais e Humanas

# **Resiliência em Centenários Portugueses**

**Ana Paula Saraiva Amaral**

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em  
**Psicologia Clínica e da Saúde**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso  
Co-Orientador: Prof. Doutor Óscar Manuel Soares Ribeiro

**Covilhã, outubro de 2016**



# Dedicatória

Aos meus pais, por inculcarem em mim o desejo de saber e evoluir cada vez mais.

A ti, avô, pelos valores que me transmitiste, que orientam o meu percurso.



# Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Doutora Rosa Marina Afonso, por toda a confiança em mim, desde o início desta jornada. Quero agradecer-lhe por todos os ensinamentos e oportunidades que me proporcionou e proporciona, desde a minha entrada na Universidade da Beira Interior. Permitiu-me desenvolver e aprofundar o interesse pela temática do envelhecimento, marcando significativamente o meu percurso académico. Todos os desafios que me lançou ao longo destes anos, enriqueceram a minha experiência académica e permitiram-me também desenvolver pessoalmente. Agradeço por toda a sua disponibilidade, profissionalismo e humanidade que demonstrou para comigo desde o início. Quero agradecer-lhe por todas as orientações, reflexões e incentivos, que permitiram o desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Óscar Ribeiro, pela disponibilidade e prontidão com que aceitou co-orientar a presente dissertação. Agradeço todo o apoio, acompanhamento e sugestões efetuadas ao longo da realização deste documento.

A toda a equipa do PT - 100, pela dedicação e trabalho excecionais, que permitiram iniciar o estudo dos centenários em Portugal. À Professora Leatitia Teixeira, por toda a sua disponibilidade e paciência.

A todos os Professores do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior, que estiveram presentes ao longo do meu percurso académico, por todos os conhecimentos transmitidos e competências potenciadas.

Aos meus pais, por todo o carinho, dedicação e apoio incondicionais. Por me demonstrarem, todos os dias, que vale a pena lutar e investir nos nossos objetivos. Obrigada por todos os valores que me transmitiram, por toda a confiança que têm em mim e por todas as oportunidades que me proporcionaram e proporcionam. Em vós, encontro motivação para responder aos desafios com que me deparo. É graças a vós, que sei que os obstáculos constituem, acima de tudo, uma oportunidade de desenvolvimento. Obrigada pela vossa humildade, honestidade, altruísmo, e por serem Seres Humanos extraordinários.

À minha avó, madrinha, padrinho e primos, Teresa e Tó, por todo o incentivo e motivação ao longo de todo este percurso. Todos os momentos e experiências passados convosco, a vossa presença e o vosso apoio são imprescindíveis.

A vocês, Maria e Meritxell, por toda a amizade, suporte e motivação. São uma peça fundamental na minha vida e um exemplo de determinação. Obrigada por todas as gargalhadas, momentos de descontração e por termos individualmente (mas juntas) alcançado este objetivo. Meri, a tua determinação e coragem para lutares pelos teus objetivos é inspiradora. Maria, a tua criatividade e prontidão para abraçares novos desafios é entusiástica. Sinto-me grata por vos ter na minha vida e partilhar esta etapa convosco.

Agradeço por todas as palavras de incentivo e motivação. Por permitires que a distância não diminua a amizade, a proximidade e a confiança. Pelo teu regozijo pelas pequenas conquistas alcançadas e pelo apoio incondicional, obrigada Margarida.

A ti, Fábio, por toda a disponibilidade, dedicação e suporte. Obrigada pela tua presença em todos momentos de dúvida e insegurança, bem como em todas as vitórias e conquistas. Pelo teu alento e pelo teu esforço para preencher o que eu nem sempre consegui. Por acreditares sempre em mim, por potenciares todas as minhas capacidades e me ajudares a dar o melhor de mim. Obrigada pelo respeito pelas minhas prioridades e pelo apoio incansável.

# Resumo

O número de centenários tem aumentado significativamente nas últimas décadas, sendo um dos subgrupos etários em maior crescimento. O envelhecimento encontra-se frequentemente associado a perdas no domínio social, funcional e cognitivo. Neste âmbito, a resiliência é fundamental ao longo do ciclo de vida, para a adaptação e superação da adversidade. O presente estudo insere-se, no PT-100 - *Estudo de Centenários do Porto* e objetiva avaliar a resiliência numa amostra de centenários portugueses, e analisar a sua relação com variáveis sociodemográficas, acontecimentos de vida e saúde.

Para a avaliação da resiliência, foi criado um *score* de resiliência, utilizado anteriormente em estudos com centenários. Foram selecionados para o estudo, centenários que responderam às questões do protocolo do PT-100, que compõem o *score* de resiliência. A amostra incluiu 48 centenários com uma média de idade de 100.8 anos ( $DP = 1.2$ ), sendo a maioria do sexo feminino (83.3%), viúva (85.4%), residente na comunidade (60.4%) e com pelo menos um ano de escolaridade (58.3%).

Os resultados obtidos não indicaram relações significativas entre o *score* de resiliência, variáveis sociodemográficas e acontecimentos de vida. Entre as variáveis associadas ao estado de saúde, a funcionalidade, frequência de dor e perceção de saúde apresentaram relações estatisticamente significativas com o *score* de resiliência. Posteriormente, o modelo de regressão linear multivariada revelou que a perceção de saúde e a ausência de dor se mantiveram preditores significativos da resiliência. Os resultados permitem concluir que a resiliência está presente na longevidade avançada, encontrando-se associada sobretudo ao estado de saúde dos centenários.

## Palavras chave

Centenários; Longevidade; Resiliência; Dor; Saúde.



# Abstract

The number of centenarians has increased significantly in recent decades, being one of the fastest growing age subgroups. Aging is often associated with losses in social, functional and cognitive domain. In this context, resilience is critical throughout the life cycle, to adapt and overcome adversity. This study is part of the PT-100 - Oporto Centenarian Study, and aims to assess the resilience of a sample of Portuguese centenarians, analyze its relationship with sociodemographic variables, life events and health.

For the evaluation of this variable, a score of resilience, used previously in studies of centenarians, was developed. Were selected for the study, centenarians who responded to the PT-100 protocol items that compose the resilience score. The sample included 48 centenarians with an average age of 100.8 years (SD = 1.2), the majority were women (83.3%), widowed (85.4%), living in the community (60.4%) and with at least one year of education (58.3%).

The results indicated no significant relationship between resilience score, sociodemographic variables and life events. Among the variables associated with health status, functionality, frequency of pain and perception of health were statistically related with the resiliency score. Subsequently, a multivariate linear regression model showed that the perception of health and absence of pain remained significant predictors of resilience. The results suggest that resilience is present in advanced longevity, and it's mostly associated to the health state of centenarians.

## Keywords

Centenarians; Longevity; Resilience; Pain; Health.



# Índice

Introdução .....	1
Centenários .....	2
Resiliência.....	3
Avaliação da resiliência .....	4
Resiliência na velhice .....	5
Métodos .....	10
Participantes .....	10
Procedimentos.....	11
Instrumentos.....	13
Análise de dados .....	15
Resultados .....	17
Discussão .....	24
Conclusão .....	29
Bibliografia .....	31
<b>ANEXO TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
1. Envelhecimento da população e aumento dos Centenários.....	43
1.1. Estudos sobre centenários.....	44
2. Resiliência .....	57
2.1. Caracterização do constructo .....	57
2.2. Atributos de Resiliência .....	61
2.3. Resiliência: conceitos relacionados.....	61
2.4. Metateoria de Resiliência .....	62
2.5. Perspetiva histórica acerca da investigação sobre resiliência.....	63
3. Avaliação da resiliência.....	65
3.1. Avaliação indireta da resiliência .....	65
3.2. Escalas de avaliação da resiliência .....	66

4. Resiliência na velhice.....	69
4.1. Desenvolvimento ao longo do ciclo vital e resiliência.....	69
4.2. Envelhecimento Resiliente.....	71
4.3. Estudos sobre resiliência no envelhecimento.....	72
Bibliografia .....	85

# Lista de Tabelas

**Tabela 1:** Caracterização sociodemográfica da amostra de centenários.

**Tabela 2:** Distribuição dos itens que compõem o score de resiliência.

**Tabela 3:** Diferenças entre o grau de escolaridade, diferentes fontes de rendimento e local de residência, relativamente à resiliência.

**Tabela 4:** Distribuição da classificação de acontecimentos de vida.

**Tabela 5:** Diferenças entre a valência afetiva dos acontecimentos de vida, relativamente à resiliência.

**Tabela 6:** Caracterização do estado de saúde da amostra.

**Tabela 7:** Principais patologias diagnosticadas nos centenários da amostra.

**Tabela 8:** Coeficiente de correlação de Spearman entre a resiliência (RMS), número de diagnósticos e funcionalidade.

**Tabela 9:** Coeficiente de correlação de Pearson entre a resiliência (RMS) e o Mini Mental State Examination.

**Tabela 10:** Resultados relativos à análise da resiliência em relação à frequência de dor.

**Tabela 11:** Resultados referentes à análise da resiliência em relação à saúde geral percebida.

**Tabela 12:** Diferenças ao nível da resiliência, entre centenários que tiveram ou não, em algum momento da sua vida, um problema de saúde grave.

**Tabela 13:** Modelo de regressão linear multivariado do *score* de resiliência.

**Tabela 14:** Principais estudos sobre centenários.

**Tabela 15:** Estudos sobre resiliência, depressão e ansiedade na velhice.

**Tabela 16:** Estudos sobre resiliência e suporte social.

**Tabela 17:** Estudos sobre resiliência e saúde na velhice.

**Tabela 18:** Estudos sobre resiliência e acontecimentos de vida.

**Tabela 19:** Estudos sobre resiliência e variáveis sociodemográficas.

**Tabela 20:** Estudos sobre resiliência, satisfação com a vida e otimismo.

**Tabela 21:** Estudos sobre o impacto de intervenções na promoção da resiliência.

**Tabela 22:** Estudos sobre o desenvolvimento da resiliência.

**Tabela 23:** Estudos sobre resiliência em centenários.

## Lista de Acrónimos

ABVD's	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD's	Atividades de Vida Diária
<i>DP</i>	Desvio Padrão
<i>F</i>	Representação para o teste ANOVA
ICC	International Centenarian Consortium
IMC	Índice de Massa Corporal
IC	Intervalo de Confiança
INE	Instituto Nacional de Estatística
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto
<i>M</i>	Média
MMSE	Mini Mental State Examination
<i>N</i>	Tamanho da amostra total
<i>n</i>	Tamanho da amostra respondente
OARS	Older Americans Resources and Services Program
RMS	Medida de <i>score</i> de resiliência
<i>r</i>	Representação para o coeficiente de correlação de Pearson
<i>r<sub>s</sub></i>	Representação para o coeficiente de correlação de Spearman
<i>t</i>	Representação para o Teste-T de Student
UNIFAI	Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos
SPSS	Statistical Package for Social Sciences



# Introdução

“Centenarians represent the ultimate range of independence and dependence, frailty and strenght”  
Poon (2007, p.2)

O conceito de resiliência é transversal a diversas disciplinas, referindo-se à capacidade de um sistema suportar e/ou recuperar de condições adversas (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski, & O'Flaherty, 2013; Kessel, 2013; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2011). Enquanto constructo psicológico, descreve a capacidade de os indivíduos ultrapassarem ou prosperarem, face a circunstâncias adversas, que põem em risco o seu desenvolvimento, saúde ou bem-estar (Ong, Bergeman, & Boker, 2009; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Reppold et al., 2011; Zeng & Shen, 2010).

A manifestação de comportamentos resilientes resulta da interação entre agentes individuais, relacionais e contextuais, que facilitam a adaptação positiva (Dyer & McGuinness, 1996; Fletcher & Sarkar, 2013; Hildon, Smith, Netuveli, & Blane, 2008; Oliveira, Reis, Zanelato, & Neme, 2008). O estudo da resiliência constitui, assim, um marco na investigação psicológica. Este permitiu alterar o foco da investigação, de fatores como a adversidade e psicopatologia, para comportamentos de adaptação positiva e competências individuais (Fletcher & Sarkar, 2013; Richardson, 2002; Truffino, 2010).

Garmezy (1960) (cit. in Garcia-Dia et al., 2013), foi pioneiro na investigação da resiliência enquanto constructo psicológico. A partir da investigação anterior sobre psicopatologia em crianças, estudou as variáveis que permitem aos indivíduos adaptar-se positivamente em condições adversas (Johnston et al., 2015). Também James Anthony (cit. in Reppold et al., 2011) e Wanner e Smith (cit. in Earvolino-Ramirez, 2007) procuraram identificar características internas e externas que permitem aos indivíduos adaptar-se positivamente. Na década de 90, a investigação dedicou-se à compreensão do processo que permite o desenvolvimento de comportamentos resilientes (Fletcher & Sarkar, 2013). Atualmente, segue-se uma nova linha de investigação, que procura desenvolver estratégias de promoção da resiliência (Fletcher & Sarkar, 2013; Richardson, 2002).

Apesar de inicialmente a investigação sobre resiliência se dedicar à infância, foi posteriormente alargada a outras faixas etárias, nomeadamente à velhice. Contudo, quando comparado com outros grupos etários, a investigação da resiliência nas fases mais avançadas da vida é mais escassa (Navarro-Pardo et al., 2015; Oliveira et al., 2008; Ong et al., 2009). Apesar de o envelhecimento ser um período caracterizado por perdas que podem comprometer a qualidade de vida dos idosos, muitos apresentam níveis elevados de satisfação com a vida, equilíbrio emocional e níveis de funcionamento adaptativo (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2009; Navarro-Pardo, et al., 2015). Deste modo, a resiliência encontra-se presente ao longo de todo o ciclo de vida, mesmo em idosos e muito idosos (Zeng & Shen, 2010), sendo

fundamental analisar as dimensões relacionadas com a mesma em subgrupos específicos, como sejam aqueles com características excepcionais como o das pessoas centenárias.

## ***Centenários***

O desenvolvimento dos cuidados de saúde, acompanhado pelo tratamento e prevenção de patologias agudas e crónicas, contribuiu para o aumento significativo da esperança média de vida (Koch, Power, & Kralik, 2007; Willcox, Willcox, & Poon, 2010). Verificou-se nas últimas décadas, uma progressiva diminuição da mortalidade em idosos com idade superior a 80 anos, com o conseqüente aumento do número de centenários. Os centenários são “sobreviventes únicos”, ultrapassando em mais de vinte anos a esperança média de vida (Koch et al., 2007; Willcox, Willcox, & Ferrucci, 2008).

Os centenários são atualmente o grupo etário em maior crescimento, estimando-se a existência de 450.000 centenários em todo o mundo (Koch et al., 2007; Vaupel, 2010). Se a taxa de desenvolvimento permanecer no mesmo ritmo, as estimativas apontam para que em 2050 existam 3.4 milhões de centenários, e em 2100 o número de centenários em todo o mundo seja de 20.1 milhões (Ribeiro, Teixeira, Araújo, & Paúl, 2016).

Em Portugal, o número de centenários duplicou em menos de vinte anos, sendo indicado pelo Human Mortality Database (2016), que a população de centenários aumentou de 414 em 1996, para 870 idosos com mais de cem anos em 2006. Em 2011, o número de pessoas com mais de cem anos era de 1526, sendo 273 do sexo masculino e 1253 do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2016). A maioria dos centenários portugueses são viúvos (82%) e vivem numa residência própria (71%) (INE, 2016). Relativamente ao grau de escolaridade, 31.6% são analfabetos e 28.6% completaram o 4º ano de escolaridade (Ribeiro et al., 2016). No que respeita ao estado de saúde, grande parte dos centenários apresenta défices auditivos (63.4%), défices visuais (58.2%), dificuldade em andar e subir escadas (42.6%), incapacidade para se vestir ou tomar banho sem ajuda (46.5%) e grandes dificuldades de memorização e concentração (38.9%) (Ribeiro et al., 2016).

O aumento da idade encontra-se associado a um declínio funcional, cognitivo e relacional, bem como aumento do risco de desequilíbrio psicossocial (Jopp & Rott, 2006). No entanto, indicadores de bem-estar subjetivo sugerem manutenção da qualidade de vida na longevidade avançada (Araújo, Ribeiro, Teixeira, & Paúl, 2015; Jopp & Rott, 2006). Neste sentido, vários estudos dedicados à população centenária têm procurado compreender fatores associados à longevidade, características e especificidades psicológicas, biológicas e sociológicas deste grupo específico (Araújo & Ribeiro, 2012; Hensley, Martin, MacDonald, & Poon, 2010). Considerando as estimativas para o aumento de centenários, bem como os gastos associados a serviços e cuidados de saúde, é premente continuar a investigação de fatores de longevidade, promotores de funcionalidade, independência, saúde e bem-estar (Willcox et al., 2010; Yi & Vaupel, 2002).

Vários têm sido os estudos desenvolvidos sobre centenários em diferentes países, destacando-se: o estudo de Okinawa (e.g., Willcox et al., 2008); o estudo de Heidelberg (e.g., Kliegel, Moor, & Rott, 2004); o de Suécia (e.g., Martin, Hagberg, & Poon, 2012); o de Geórgia (e.g., Hensley et al., 2010); o de New England (e.g., Kumon, Silva, Silva, & Gomes, 2009); o Chinese Longitudinal Survey on Health Longevity (e.g., Yi & Vaupel, 2002); o estudo de Sardenha (e.g., Caselli & Lipsi, 2006); de Sydney (e.g., Levitan et al., 2010); da Polónia (e.g., Mossakowska et al., 2014); e o estudo Fordham (e.g., Jopp, Park, Lehrfeld, & Paggi, 2016). As investigações dedicam-se à análise das principais características físicas, genéticas, nutricionais e psicossociais deste grupo etário. Os seus objetivos visam a identificação de especificidades, de modo a desenvolver respostas adequadas às necessidades dos centenários, promovendo assim o seu bem-estar. Neste âmbito, surge a necessidade de compreender o modo como os centenários respondem aos desafios da longevidade, ou seja, as dinâmicas associadas à resiliência neste grupo (Jopp, 2016).

## **Resiliência**

A resiliência relaciona-se com a saúde mental enquanto componente do ajustamento psicossocial (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian, & Brähler, 2010; Hu, Zhang, & Wang, 2015; Liu, Wang, Zhou, & Li, 2014; Perna et al., 2012; Pietrzak & Cook, 2013; Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012). Manifesta-se em condições desfavoráveis, sendo o seu antecedente a própria adversidade (Fletcher & Sarkar, 2013; Garcia-Dia et al., 2013). O contexto da adversidade pode ser biológico, psicológico, económico ou social e a sua valência positiva ou negativa (Garcia-Dia et al., 2013; Mancini & Bonanno, 2009; Windle, 2011).

Por sua vez, o conseqüente da resiliência corresponde à adaptação positiva (Dyer & McGuinness, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Windle, 2011). Esta implica que o indivíduo seja bem sucedido na recuperação ou gestão da adversidade. No entanto, a adaptação positiva não exige necessariamente um resultado excecional, mas sim um nível de funcionamento normal, ou superior ao esperado, tendo em consideração a exposição à adversidade (Abbema et al., 2015; Fletcher & Sarkar, 2013; Mancini & Bonanno, 2009).

A investigação nesta área tem seguido cursos diversos devido a vários fatores, dos quais se destacam as diferenças na concetualização de resiliência, seja enquanto resultado, traço de personalidade ou processo (Fletcher & Sarkar, 2013; Perna, et al., 2012; Truffino, 2010). Para a prossecução da presente investigação, será assumida a concetualização da resiliência enquanto um processo. Nesta linha, a resiliência é percebida como um fenómeno dinâmico, que resulta da interação entre fatores protetores e de risco (Bonanno, 2008; Hicks & Conner, 2014; Larkin, 2013; Luthar, Sawyer, & Brown, 2006; Terte, Stephens, & Huddleston, 2014).

Os fatores de risco exercem um efeito negativo sobre a capacidade de resiliência, dado que, ao intensificar as vulnerabilidades do indivíduo, aumentam a probabilidade de comportamentos

disfuncionais (Pesce et al., 2004; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Estes podem ter um carácter individual, interpessoal ou contextual, pelo que, a sua fonte pode ser interna ou externa (Oliveira et al., 2008; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Por outro lado, os fatores protetores constituem amortecedores face à adversidade, facilitando a adaptação positiva (Rutter, 2006; Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995; Truffino, 2010). Estes são idiossincráticos, variando também contextual e temporalmente (Abbema et al., 2015; Dyer & McGuinness, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Hu et al., 2015; Reppold et al., 2011; Windle, Bennett, & Noyes, 2011).

## **Avaliação da resiliência**

As diferentes perspetivas teóricas relativamente à concetualização da resiliência originaram diferentes operacionalizações (Hu et al., 2015; Johnston, et al., 2015; Oliveira et al., 2008). Ainda assim, é possível assumir com relativo consenso que a resiliência pode ser operacionalizada enquanto a obtenção, ou não, de resultados positivos após a exposição à adversidade (Mancini & Bonanno, 2009; Truffino, 2010; Windle, 2011; Windle et al., 2011).

A avaliação deste constructo apresenta, porém, alguns obstáculos. Entre os mesmos, importa atender ao efeito paradoxal da adversidade e dos fatores de risco. Estes, apesar de aumentarem a vulnerabilidade dos indivíduos, podem também potenciar a resistência de um indivíduo face a dificuldades semelhantes. Também a idiossincrasia dos fatores protetores deve ser tida em consideração, o que limita a avaliação da resiliência através da sua identificação (Reppold et al., 2011).

O carácter dinâmico da resiliência, variando ao longo do ciclo de vida, bem como entre diferentes domínios de funcionamento, constitui também um desafio no momento da sua avaliação. Na velhice, a avaliação deste constructo implica cuidados adicionais, sendo que, não deve ser apenas considerado o resultado alcançado, mas também aspetos contextuais e individuais da adversidade. Atendendo às alterações físicas, emocionais e funcionais desta fase do ciclo de vida, importa ainda analisar o que deve ser considerado um resultado positivo (Reppold et al., 2011; Rutter, 2006).

A resiliência tem sido avaliada essencialmente através de dois métodos: indiretos e diretos. Os primeiros constituem medidas, como a ausência de resultados negativos em dimensões como o bem-estar subjetivo, ou a ausência de sintomatologia depressiva (e.g., Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010; Luthar et al., 2006; Windle, Markland, & Woods, 2008; Yang & Wen, 2014).

Os métodos diretos são instrumentos desenhados especificamente para a avaliação da resiliência. Apesar da carência de instrumentos especificamente construídos para idosos, assiste-se a um esforço para a validação de instrumentos pré-construídos à população mais velha (Gurgel, Plentz, Joly, & Reppold, 2013). Entre os instrumentos validados para a avaliação da

resiliência em idosos, destacam-se a a *Resilience Scale*, a *Brief Resilience Coping Scale* e *Connor-Davidson Resilience Scale* (Cosco, Kaushal, Richards, Kuh, & Stafford, 2016). Contudo, tratam-se de instrumentos cujos estudos de validação não incluem nas suas amostras idosos centenários (Cosco, et al. 2016).

Dada a crescente popularidade do conceito de resiliência e do seu interesse na compreensão dos recursos psicológicos da população centenária, têm sido criadas formas alternativas para a sua avaliação. Zeng e Shen (2010), por exemplo, construíram um *score* de avaliação de resiliência para centenários, a partir de questões incluídas no *Chinese Longitudinal Health Longevity Survey*. A seleção das questões baseou-se no enquadramento da *Connor-Davidson Resilience Scale*, que enfatiza as competências de adaptação. Foram incluídos no *score* 7 itens, que incluem domínios associados ao processo de resiliência, nomeadamente estabelecimento de objetivos, otimismo, gestão emocional, suporte social e autocontrolo. Os autores verificaram uma consistência interna de 0.69 (Zeng & Shen, 2010). Posteriormente, os autores Yang e Wen (2014) recorreram à mesma operacionalização que Zeng e Shen (2010), para a avaliação da resiliência num grupo de centenários. A escala utilizada por Yang e Wen (2014) incluiu apenas 5 itens da escala desenvolvida por Zeng e Shen (2010), apresentando uma consistência interna de 0.89.

## Resiliência na velhice

O processo de envelhecimento é comumente percebido como uma fase caracterizada por múltiplas perdas (Baltes et al., 2006). Por conseguinte, a velhice é entendida como um período de fragilidade e vulnerabilidade, sendo a qualidade de vida dos idosos comprometida por patologias crónicas (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Devido a esta visão estereotipada, durante várias décadas não foi considerada a possibilidade de idosos apresentarem comportamentos resilientes (Staudinger et al., 1995).

Na década de 80, Baltes questiona a visão simplista e unidirecional do desenvolvimento, com a apresentação da teoria do Desenvolvimento ao Longo do Ciclo Vital (Staudinger et al., 1995). A teoria apresentada baseia-se na permissão de que o desenvolvimento ocorre ao longo de todo o ciclo de vida, sendo caracterizado por ganhos e perdas contínuos. O desenvolvimento decorre por meio de múltiplas interações entre o indivíduo e o ambiente em que este se encontra, incluindo mudanças individuais e contextuais. É descrito através de mecanismos contínuos e descontínuos, sendo os indivíduos confrontados com desafios desenvolvimentais, internos ou externos, esperados ou inesperados (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006). Assim, ao longo do ciclo de vida, os indivíduos apresentam períodos de aumento, diminuição e manutenção do funcionamento, sendo o desenvolvimento multidirecional e multidimensional, dado que podem ser exibidos diferentes níveis de funcionamento em diferentes dimensões. Contudo, todos os domínios de vida do indivíduo funcionam de modo interdependente, verificando-se uma interação dinâmica entre ganhos e perdas (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

De acordo com a presente teoria, a velhice, tal como outras faixas etárias, constitui uma fase do ciclo de vida caracterizada por perdas e ganhos. Apesar de no envelhecimento ser frequentemente observado um padrão de declínio, tal não impossibilita o desenvolvimento em alguns domínios, sendo a velhice também caracterizada pela ativação de mecanismos de regulação da perda (Baltes et al., 2006).

A perspetiva do ciclo vital tem implícita a capacidade de resiliência, ao enfatizar a capacidade de os indivíduos (incluindo os idosos) manterem ou recuperarem níveis de funcionamento adaptativos, apesar dos múltiplos desafios desenvolvimentais (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

No que respeita ao processo de resiliência na velhice, este apresenta algumas especificidades. Para além da recuperação através do desenvolvimento ou manutenção do nível de funcionamento, importa também considerar o estabelecimento de novos níveis de funcionamento (Abbema et al., 2015; Windle et al., 2011). Tendo em consideração os múltiplos desafios e perdas irreversíveis como a doença crónica, o estabelecimento e manutenção de um nível funcionamento inferior pode ser considerado um resultado resiliente, tendo em conta o carácter da adversidade (Windle, 2011).

Também no âmbito do desenvolvimento ao longo do ciclo vital, o modelo de Otimização Seletiva com Compensação, apresentado por Baltes e Baltes (1991), permite compreender o processo de resiliência na velhice. De acordo com o modelo, os indivíduos podem influenciar os processos de perda, através de três mecanismos: seleção, otimização e compensação (Baltes & Baltes, 1991; Martin et al., 2012).

Face a uma situação de perda de recursos, através do mecanismo de seleção, o indivíduo pode adaptar, reduzir ou reorganizar os seus objetivos; o mecanismo de otimização permitirá ao indivíduo centrar-se na aquisição, manutenção ou desenvolvimento de competências necessárias para o alcance das suas metas. Tais mecanismos facilitarão a adaptação, manutenção ou estabelecimento de novos níveis de funcionamento (Baltes & Baltes, 1991; Motta, Bennati, Ferlito, Malaguarnera, & Motta, 2005). Perante a diminuição de competências pessoais, a ativação de mecanismos de compensação, permitirá manter o funcionamento. Estes constituem processos psicológicos, adaptações comportamentais ou ambientais, que podem ser de remediação, substituição ou acomodação (Baltes & Baltes, 1991; Motta et al., 2005).

Com o estudo da resiliência na velhice, surge a noção de envelhecimento resiliente, que compreende o envelhecimento como o resultado da interação entre fatores protetores e de risco. Este constructo associa-se ao envelhecimento saudável, mas apresenta aspetos diferenciadores de outros conceitos como envelhecimento produtivo ou bem-sucedido. Neste sentido, a noção de envelhecimento resiliente pode ser aplicada a todos os idosos, mesmo os que apresentam patologias crónicas (Hicks & Conner, 2014).

## Estudos sobre resiliência no envelhecimento

A investigação sobre resiliência no envelhecimento tem-se concentrado no estudo de variáveis psicológicas relacionadas com a resiliência, tais como a depressão, suporte social, saúde, acontecimentos de vida, satisfação com a vida e autoestima (e.g., Li, Theng, & Foo, 2015; Smith & Hollinger-Smith, 2015; Terte et al., 2014). Estes estudos pretendem compreender os mecanismos associados ao processo de resiliência, em fases da vida mais avançadas.

De um modo geral, os resultados corroboram a possibilidade de uma relação inversa entre a resiliência e sintomatologia depressiva na velhice (e.g., Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012; Pierini & Stuifbergen, 2010; Schure, Odden, & Goins, 2013; Silverman, Molton, Alschuler, Ehde & Jensen 2015; Smith & Hollinger-Smith, 2015). Alguns autores, como Mehta et al., (2008), concluíram que níveis menores de resiliência se associam de modo independente a níveis elevados de sintomatologia depressiva. Ainda neste âmbito, os resultados do estudo de Lim et al. (2015) indicam que a resiliência atua como variável moderadora entre acontecimentos de vida geradores de stress e sintomatologia depressiva.

Uma variável consistentemente avaliada no envelhecimento é o suporte social. Estudos indicam que apoio social se encontra estreitamente relacionado com o envelhecimento saudável (e.g., Cherry, Brown, Kim, & Jazwinski, 2016). No que respeita à sua relação com a resiliência, os resultados não são consensuais. Vários autores verificaram uma relação positiva entre suporte social e a resiliência (e.g., Hardy, Concato, & Gill, 2004; Silverman et al. 2015; Terte et al., 2014). Estes resultados sugerem que o suporte social atua como amortecedor face à adversidade (Hildon et al., 2008; Hildon et al., 2009). No entanto, Wells (2009) apenas obteve uma fraca relação positiva entre as variáveis. Já Ferreira, Santos e Maia (2012) não verificaram relações significativas entre o suporte social e a resiliência.

A resiliência permite a adaptação à adversidade, sendo um constructo fundamental no envelhecimento, dadas as perdas frequentemente associadas ao aumento da idade. Nesta linha, sendo comum a deterioração do estado de saúde, vários autores analisaram a relação entre esta variável e a resiliência. Schure et al. (2013) não obtiveram relações significativas entre a resiliência e a saúde física. Também Wells (2009) verificou apenas uma fraca relação entre as variáveis. No que respeita à perceção de saúde, Nygren et al. (2005) não observaram relações significativas entre a resiliência e a perceção de saúde. Por outro lado, Gooding et al. (2012) apontam para uma associação entre perceção de saúde negativa e níveis menores de resiliência. Também Hildon et al. (2008) constataram que, idosos com níveis inferiores de resiliência, apresentavam mais queixas somáticas e uma perceção de saúde negativa. Hardy et al. (2004) observaram que, a perceção de saúde positiva se associa de modo independente a níveis superiores de resiliência. Os estudos anteriores parecem corroborar as conclusões de Domajnko e Pahor (2015), segundo os quais, a resiliência permite a manutenção de uma boa perceção de saúde, apesar da presença de patologia.

Ainda no âmbito do estado de saúde, a funcionalidade e cognição são domínios aos quais estão particularmente associados, durante o envelhecimento, algumas alterações. Assim, alguns autores têm procurado investigar se estas variáveis se associam ao processo de resiliência. No que respeita à funcionalidade, Hardy et al. (2004) constataram que a autonomia nas atividades de vida diária, se associa de modo independente a níveis elevados de resiliência. Os estudos de Fontes, Fattori, D'Elboux e Guariento (2015) e Silverman et al. (2015) corroboram os resultados anteriores. No entanto, Lamond et al. (2009), não observaram qualquer relação entre a funcionalidade e resiliência. Relativamente à cognição, apesar de Fontes et al. (2015) não terem verificado uma relação significativa entre as variáveis, alguns estudos apontam para uma associação positiva entre a resiliência e a preservação das funções cognitivas. Nomeadamente, Fortes, Portuguese e Argimon (2007), obtiveram uma correlação significativa entre o funcionamento cognitivo e a resiliência. Na mesma linha, Lamond et al. (2009) verificaram uma correlação negativa entre a deterioração cognitiva e a resiliência.

Como referido, a adversidade é o antecedente da resiliência, pressupondo-se que, para que um indivíduo exiba comportamentos resilientes, se encontre perante um acontecimento adverso. Nesta linha, alguns autores têm procurado identificar os principais acontecimentos geradores de stress na velhice, bem como, avaliar a relação entre diferentes acontecimentos e a resiliência. Couto, Koller e Novo (2011) verificaram na sua amostra uma média de cinco acontecimentos geradores de stress no ano anterior. Os acontecimentos mais frequentes foram deterioração da capacidade mnésica (48%), agravamento do estado de saúde de um familiar (44%), falecimento de um amigo (41%) ou familiar (35%) e doença grave ou agravamento do estado de saúde do próprio (34%). Também Lim, et al. (2015) observaram que 45.2% da sua amostra referiu pelo menos um acontecimento negativo no ano anterior. Concluíram ainda que, a resiliência moderava o impacto de acontecimentos de vida negativos na sintomatologia depressiva (Lim et al., 2015). Os autores Hildon et al. (2008), analisaram a influência de acontecimentos de vida passados e atuais na manutenção e utilização da resiliência. De acordo com as conclusões obtidas, a resiliência promove a aceitação de acontecimentos adversos, por meio da reinterpretação de eventos passados, com base em acontecimentos atuais (Hildon et al., 2008).

Alguns autores procuraram identificar relações entre a resiliência e variáveis sociodemográficas. No entanto, nas investigações de Fortes et al. (2007), Wells (2009) e Schure et al. (2013), não foram encontradas relações significativas entre a resiliência e as variáveis género, escolaridade, estado marital e rendimento socioeconómico.

Sendo a resiliência concetualizada como um processo dinâmico de interação entre fatores de risco e fatores protetores, seria possível promovê-la através de intervenções planeadas. Neste sentido, Janssen, Abma e Regenmortel (2011) verificaram que a resiliência pode ser potenciada com base em recursos individuais, de nível interacional e contextual. Por outro lado, Meléndez, Fortuna, Sales e Mayordomo (2015) implementaram um programa de promoção da resiliência através da reminiscência. Os autores indicam que, após a conclusão do programa, o grupo de

tratamento apresentava níveis superiores de resiliência. Ainda Recabal, Leone, Muñoz, Escalona e Díaz (2012), avaliaram a relação entre o estilo de vida e a resiliência, verificando uma relação positiva entre as duas variáveis.

Os estudos anteriores demonstram a manutenção da resiliência na velhice, o que corrobora a perspectiva do desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Contudo, alguns autores questionaram a possibilidade de a resiliência, apesar de presente na velhice, ir diminuindo ao longo do tempo, existindo uma relação inversa entre resiliência e a idade. Por exemplo, Wells (2009), Fortes et al. (2007) e Schure et al. (2013) não verificaram relações significativas entre a resiliência e a idade. Num estudo comparativo entre jovens adultos e idosos, Gooding et al. (2012) verificaram que o grupo de idosos apresentava níveis superiores de resiliência. Os resultados de Fontes et al. (2015) corroboram as conclusões anteriores, indicando que a resiliência pode aumentar com a idade.

Considerando a hipótese do aumento da resiliência com a idade, os centenários seriam um grupo selecionado de idosos, com níveis superiores de resiliência. Contudo, de acordo com a revisão da literatura efetuada, são escassos os estudos sobre a resiliência em centenários. Yang e Wen (2014) verificaram que o efeito protetor da resiliência é mais marcado em idosos centenários. Apesar de escassa, a investigação corrobora a hipótese de que este grupo apresente níveis elevados de resiliência. Zeng e Shen (2010) verificaram que idosos centenários apresentaram níveis significativamente superiores de resiliência, quando comparados com idosos não centenários. No mesmo estudo, os autores verificaram níveis superiores de resiliência em centenários do sexo masculino, com pelo menos um ano de escolaridade, casados e residentes numa área urbana. Os autores encontraram também apoio em relação à hipótese de que a resiliência exerce um efeito direto no alcance da longevidade excecional, através de uma influência indireta na saúde (Zeng & Shen, 2010).

O aumento do número de centenários tem originado estudos sobre os mesmos em vários países. Antecipando-se que esta população continue a aumentar em todo o mundo (Vaupel, 2010), torna-se premente ampliar a compreensão das suas características e necessidades (Poon, 2007). Simultaneamente, é relevante investigar o modo como pode ser promovida a capacidade de adaptação, ou seja, identificar os fatores protetores e de risco associados ao processo de resiliência nesta fase do ciclo vital. Importa também investigar se os fatores associados à resiliência na velhice são igualmente relevantes na longevidade avançada. Assim, o presente estudo tem como objetivos: (1) avaliar e analisar a resiliência numa amostra de centenários portugueses; (2) analisar comparativamente a resiliência entre centenários, tendo em consideração variáveis sociodemográficas (escolaridade, fonte de rendimentos e local de residência); (3) identificar e classificar os principais acontecimentos de vida recuperados pelos centenários, segundo a sua valência emocional (acontecimento positivo, negativo ou neutro); (4) analisar a relação entre a valência dos acontecimentos recuperados e a resiliência; (5) caracterizar o estado de saúde e funcionalidade dos centenários; (6) analisar a relação entre a

resiliência e a saúde (saúde física atual, funcionalidade, cognição, frequência de dor, saúde percebida e história de saúde) e (7) identificar preditores independentes de resiliência.

## Métodos

O presente estudo tem um carácter observacional-descritivo, fornecendo informação acerca da amostra em estudo (Howitt & Cramer, 2014; Ribeiro, 2010). Os dados foram recolhidos num único momento temporal, assumindo um design temporal transversal (Ribeiro, 2010). A metodologia adotada foi de carácter misto, sendo efetuadas análises quantitativas e qualitativas (Morais & Neves, 2007).

## Participantes

A amostra utilizada para a realização do presente estudo inclui 48 centenários. Os centenários que constituem a amostra pertencem ao Estudo dos Centenários do Porto e Estudo dos Centenários da Beira Interior. O critério para a seleção da amostra foi o preenchimento integral de informação nos cinco itens que compõem o *score* de resiliência.

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra de centenários participantes neste estudo. A média de idade da amostra é de 100.8 anos ( $DP = 1.2$ ). A maioria da amostra ( $n = 40$ , 83.3%) pertencia ao sexo feminino, sendo que, apenas 16.7% ( $n = 8$ ) dos participantes era do sexo masculino. No que respeita ao estado marital, a maioria dos centenários era viúvo ( $n = 41$ , 85.4%), enquanto 2.1% ( $n = 1$ ) era divorciado, 4.2% ( $n = 2$ ) casado e 8.3% ( $n = 4$ ) nunca casaram. Grande parte dos centenários tinham filhos ( $n = 40$ , 83.3%) e viviam na comunidade ( $n = 29$ , 60.4%), apesar de 39.6% ( $n = 19$ ) se encontrarem institucionalizados. Relativamente ao nível de escolaridade, a maioria dos centenários ( $n = 28$ , 58.3%) frequentou a escola durante pelo menos um ano, apesar de uma percentagem significativa ( $n = 20$ , 41.7%) ser iletrado. Quanto ao rendimento económico, 64.6% ( $n = 31$ ) dos centenários referem que a sua principal fonte de rendimento é a pensão, recebendo a maioria ( $n = 27$ , 60%) entre 250€ a 500€ por mês.

**Tabela 1:**  
Caracterização sociodemográfica da amostra de centenários

	N	n	%
<b>Género</b>	48		
Masculino		8	16.7
Feminino		40	83.3
<b>Idade, Média (sd)</b>	48	100.8 (1.2)	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

	N	n	%
<b>Estado marital</b>	48		
Nunca casou		4	8.3
Casado		2	4.2
Divorciado		1	2.1
Viúvo		41	85.4
<b>Filhos</b>	48		
Não		8	16.7
Sim		40	83.3
<b>Residência</b>	48		
Comunidade		29	60.4
Instituição		19	39.6
<b>Educação</b>	48		
0		20	41.7
>=1		28	58.3
<b>Principal fonte de rendimento</b>	48		
Pensão		31	64.6
Segurança social		17	35.4
<b>Rendimento/mês</b>	45		
<250€		9	20.0
250-500€		27	60.0
500-750€		9	20.0

## ***Procedimentos***

O presente estudo insere-se no âmbito do projeto PT100, pioneiro em Portugal, desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI), do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (ICBAS), em consórcio com a Universidade de Heidelberg e a Universidade de Fordham. O PT100 integrou o Estudo dos Centenários do Porto, bem como o seu projeto satélite, o Estudo dos Centenários da Beira Interior.

O Estudo dos Centenários do Porto constitui uma investigação de base populacional, sendo definidos como potenciais participantes, centenários residentes na área metropolitana do Porto. Foi definida uma área geográfica constituída por doze municípios, nos quais residiam, de acordo com os Censos 2011 (INE, 2016), 182 centenários. Foram identificados todos os indivíduos que completaram 100 ou mais anos, entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013, através de documentos de ressençamento eleitoral, igrejas e instituições de apoio. Através deste processo, foram identificados 186 centenários, sendo os próprios, os seus cuidadores e/ou

familiares contactados para a apresentação do projeto. Foram excluídos 46 centenários, devido a falta de interesse no projeto, situações de demência avançada, problemas de saúde graves, ou falecimento durante a investigação, sendo a amostra final constituída por 140 centenários.

O Estudo dos Centenários da Beira Interior seguiu os mesmos procedimentos do estudo do Porto. De acordo com os Censos 2011 residiam na Beira Interior 100 centenários, distribuídos na Beira Interior Norte, Beira Interior Sul, Cova da Beira e Serra da Estrela (INE, 2016). Posteriormente, através do contacto com juntas de freguesia, centros de saúde e paróquias, foram identificados 130 indivíduos que completaram cem ou mais anos entre dezembro de 2012 e dezembro de 2013. Após o contacto com os centenários, os seus cuidadores e/ou familiares, foram excluídos 29 indivíduos, por motivos semelhantes aos referidos em relação ao PT100-Porto. Deste modo, a amostra incluiu 101 centenários.

Tal como no processo de identificação e recrutamento de participantes, também a recolha de dados seguiu nos dois estudos uma metodologia semelhante. Foi aplicado um protocolo comum (Ribeiro, Araújo, Duarte, Brandão, & Paúl, 2015), sendo que, os vários instrumentos incluídos encontram-se organizados em quatro secções distintas, nomeadamente: protocolo geral, protocolo do idoso, protocolo do proxy e protocolo do terceiro informante. O protocolo geral foi aplicado ao centenário e/ou ao proxy, parcialmente e/ou na sua totalidade, dependendo da capacidade de resposta da pessoa centenária. Este inclui a recolha da informação sociodemográfica, escolaridade, recursos financeiros, bem como outras informações que permitam caracterizar o centenário. O protocolo do idoso foi aplicado apenas ao centenário, permitindo recolher informação relativa a: cognição, estado de saúde, rede de suporte social, valoração de vida, força de mão, experiência de envelhecimento, acontecimentos de vida e desafios, cuidados (in)formais, marcha, estado emocional e controlo sobre a vida, perspectiva de tempo, atitudes sobre o fim de vida, qualidade de vida e *coping*. A recolha de informações relativas à perceção do centenário apenas ocorreu quando o mesmo não apresentava défices cognitivos severos. O protocolo do proxy foi dirigido à pessoa mais próxima do centenário, que pode ser ou não o seu cuidador. Os dados recolhidos dizem respeito a informações sociodemográficas e de relação com o centenário, experiências de cuidado, qualidade e expectativas de vida. No caso de o centenário residir numa instituição, foi aplicado o protocolo do terceiro informante, a um técnico envolvido na prestação de cuidados. O mesmo recolhe informações relativas à vida do centenário na instituição, bem como da sua qualidade de vida. Por fim, o entrevistador preenchia uma secção que avalia a presença de demência, incluído questões sobre a capacidade de o centenário ser capaz de sair da cama/cadeira sozinho, a presença de algum problema neuropsicológico e a Escala de Deterioração Global.

Em ambos os estudos, as entrevistas foram conduzidas por investigadores previamente treinados. As mesmas decorreram no local de residência do centenário (casa ou instituição), em dois ou mais momentos de contacto, se necessário. Quando autorizado, procedeu-se à gravação audiovisual das entrevistas. Foi obtido o consentimento informado de todos os participantes, nomeadamente o centenário, ou, em caso de défice, o seu cuidador, familiar,

ou responsável pela instituição. A idade dos centenários foi confirmada através da consulta de documentos de identificação.

Para a avaliação da resiliência, foi desenvolvido um *score* de resiliência, constituído por cinco itens. Nesta linha, para a prossecução do estudo, foi selecionada uma subamostra dos participantes dos Estudos de Centenários do Porto e da Beira Interior, que tivessem completado a informação necessária para a avaliação da resiliência. Observou-se que cumpriam os critérios necessários para a inclusão no estudo 48 centenários, especificamente, 18 do Estudo dos centenários do Porto e 30 do Estudo dos Centenários da Beira Interior.

## ***Instrumentos***

A recolha de dados foi realizada pela aplicação do protocolo do projeto PT100 - *Estudo dos Centenários do Porto*. No presente estudo, com base nos objetivos definidos, foram analisados dados relativos a informações sociodemográficas, estado de saúde (subjéctiva e objectiva), funcionalidade, cognição e acontecimentos de vida. Deste modo, foram utilizados os dados dos instrumentos seguidamente apresentados, incluídos no protocolo.

### ***Older Americans Resources and Services Program (OARS)***

Para a avaliação da funcionalidade foram analisadas as actividades de vida diária do centenário, com base no *Older Americans Resources and Services Program (OARS)* (Fillenbaum & Smyer, 1981 adap. para pop. portuguesa por Rodrigues, 2008). Foi apenas utilizada a escala do OARS *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS-MFAQ)*. A validação da escala para a população portuguesa apresentou uma consistência interna de 0.91, bem como boa validade de critério, sendo equivalente à versão original (Rodrigues, 2008). A escala permite avaliar a capacidade de o indivíduo realizar actividades instrumentais (AIVD's) e básicas (ABVD's) da vida diária sem ajuda, com alguma ajuda, ou se é incapaz de realizar a actividade. As AIVD's incluem a capacidade de usar o telefone, deslocar-se a locais onde não é possível ir a pé, fazer compras, preparar refeições, fazer tarefas de casa, tomar conta da medicação e lidar com dinheiro. Nas ABVD's é avaliada a realização de actividades como comer, vestir-se/despír-se, cuidar da aparência, andar, levantar-se/deitar-se, tomar banho e ir à casa de banho (Rodrigues, 2008).

### **Escala de Deterioração Global**

Permite a avaliação de demência degenerativa primária, tendo sido desenvolvida por Reisberg, Ferris, León e Crook (1982). Com base na Escala de Deterioração Global, o avaliador poderá situar o idoso num nível (de 1 a 7) de progressão de demência. O nível 1 corresponde a um

estado sem evidência objetiva ou subjetiva de demência e o segundo nível a um declínio cognitivo muito leve, considerado normal com base na idade do sujeito. Os níveis seguintes representam estádios crescentes de défice cognitivo. Nesta linha, o nível 3 representa défice cognitivo leve, enquanto o nível seguinte implica a presença de défice cognitivo moderado, que permite o preenchimento de critérios para o diagnóstico de demência. Já o nível 5 corresponde a um declínio moderadamente grave, sendo necessária assistência em algumas atividades. No nível 6 serão também necessários apoios nas ABVD's, verificando-se um declínio cognitivo grave. O último nível corresponde a um declínio muito grave, que interfere com todas as atividades do sujeito, verificando-se uma perda progressiva das capacidades verbais e psicomotoras (Reisberg et al., 1982).

### Mini Mental State Examination (MMSE)

Este instrumento permite a avaliação global das capacidades cognitivas de um indivíduo. Foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro et. al (1999, cit. in Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro & Martins, 2009), representando um teste-rastreio para a presença de défice cognitivo, no qual são avaliadas capacidades de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação e linguagem (Morgado et al., 2009). Foi utilizada a versão reduzida do MMSE, com um *score* total de 21 pontos. Esta versão foi anteriormente utilizada noutros estudos com centenários, de modo a diminuir a possibilidade de este grupo ser prejudicado pelos seus défices sensoriais e baixa escolaridade (Jopp et al., 2016; Kliegel et al., 2004). A versão reduzida inclui os itens de orientação no espaço e no tempo, cálculo, retenção e evocação. São excluídos os itens de linguagem (leitura, escrita e nomeação), que segundo Holtsberg, Poon, Noble e Martin (1995), prejudicam significativamente a pontuação obtida por esta população.

### Estado de saúde

Para a avaliação da saúde física foram selecionados quatro itens do protocolo, que refletem a perceção de saúde do indivíduo, e recolhem informações relativas a diagnósticos concretos. Para a avaliação da perceção de saúde foi selecionado o item do protocolo do idoso “*de forma geral, como avalia a sua saúde*” (excelente; muito boa; boa; aceitável; má). Ainda neste âmbito, foi selecionado o item “*com que frequência tem (sente) dores?* (nunca; raramente; às vezes; frequentemente; sempre). Para a recolha de informações relativas à saúde objetiva foram selecionados os seguintes itens do protocolo geral: “*o centenário teve em algum momento da sua vida algum problema grave de saúde?*” (sim; não) e “*atualmente o centenário sofre de alguma das seguintes doenças?*” (para a análise deste item foi considerado o número de diagnósticos).

## Acontecimentos de vida

De modo a avaliar os principais acontecimentos de vida recordados pelos centenários, foi selecionada uma questão aberta do protocolo do idoso: “quando pensa na sua vida, existe alguma situação especial ou acontecimento de vida que tenha sido especialmente importante para si, algo que o tenha influenciado muito ou que tenha considerado um ponto de viragem na sua vida?”.

## Score de Resiliência

Para o cálculo do *score* de resiliência foram selecionados 5 itens, com base no artigo *Psychological Resilience and the Onset of Activity of Daily Living Disability Among Older Adults in China: A Nationwide Longitudinal Analysis*, de Yang e Wen (2014). Os autores selecionaram 5 itens do *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey* e desenvolveram uma escala de avaliação com cinco itens, apresentando um alfa de cronbach de 0.89 (Yang & Wen, 2014).

Assim, para a construção do *score* de resiliência, foram selecionados no protocolo do PT-100, itens equivalentes aos do *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*. Os itens selecionados foram: 1) “Sente que à medida que se envelhece, tornamo-nos menos úteis?”, retirado da escala Lawton’s Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (Lawton, 1975, adap. para pop. portuguesa por Paúl, 1992); 2) “Sente-se com esperança neste momento?”, da Escala de Valoração da Vida (Lawton, et al., 2001, adap. para pop. portuguesa por Araújo, et al., 2015); 3) “Ando preocupado(a) a maior parte do tempo” da escala Geriatric Anxiety Inventory (Pachana, et al., 2007, adap. para pop. portuguesa por Ribeiro, Paúl, Simões, & Firmino, 2011); 4) “Sente-se sozinho?”, da escala UCLA- Loneliness (Russell, Peplau, & Ferguson, 1978, adap. para a pop. portuguesa por Pocinho, Farate, & Dias, 2010) e 5) “Sente-se livre para decidir como quer viver a sua vida?”, da avaliação do Controlo sobre a Vida do Protocolo PT-100 (Ribeiro, et al., 2015). Os itens “Sente que à medida que se envelhece, tornamo-nos menos úteis?” e “Ando preocupado(a) a maior parte do tempo” foram invertidos, de modo a que valores superiores se associem a um *score* superior de resiliência.

Uma vez que os itens apresentavam escalas de respostas diferentes, optou-se pela criação de *z-scores* para cada item. O *score* final de resiliência corresponde à soma dos cinco *z-scores*, sendo que pontuações superiores correspondem a níveis superiores de resiliência (DiStefano, Zhu & Mândrila, 2009).

## Análise de dados

### Análise estatística

A análise dos dados foi efetuada com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*

(SPSS), versão 23. Inicialmente, procedeu-se à criação da base de dados, incluindo apenas os 48 participantes que cumpriam os critérios necessários para a inclusão no estudo.

Posteriormente, foi desenvolvido o *score* de resiliência, através da criação de *z-scores*. A distribuição dos itens que compõem o *score* de resiliência será apresentada no capítulo seguinte. A fiabilidade do *score* de resiliência foi avaliada através do alfa de Cronbach.

Recorreu-se a estatística descritiva para a análise das características da amostra, de acordo com aspetos sociodemográficos e do estado de saúde. As variáveis foram analisadas através de medidas de tendência central e de dispersão, sendo apresentadas de acordo com a média, desvio padrão (*DP*), frequências absolutas e relativas.

Foi utilizado o teste Kolmogorov-Smirnov, segundo o qual, de acordo com os resultados obtidos ( $p > 0.05$ ), a variável em estudo assume uma distribuição normal ao longo dos diferentes grupos, com exceção das escalas de AIVD's e ABVD's. Deste modo, optou-se pela utilização de testes não paramétricos nas análises referentes às escalas AIVD's e ABVD's, e testes paramétricos nas restantes análises.

Para avaliar diferenças entre grupos, foram utilizados os testes *t-student* para amostras independentes (para avaliar diferenças entre dois grupos) e análise de variância unifatorial (ANOVA) (para comparar três ou mais grupos) (Field, 2015; Martins, 2011). De modo a avaliar a associação entre variáveis, foram utilizados os coeficientes de Pearson ou Spearman, conforme a distribuição e tipologia das variáveis em análise. O valor dos coeficientes de Spearman e Pearson permitem avaliar a direção (positiva ou negativa) da correlação (Martins, 2011). É ainda possível analisar a magnitude da associação, sendo definido que valores abaixo de 0.19 são indicadores de uma correlação muito baixa, entre 0.20 e 0.30 uma correlação baixa e entre 0.40 e 0.69 uma correlação moderada. Uma correlação pode ser assumida como elevada quando são obtidos valores entre 0.70 e 0.89, enquanto valores acima de 0.89 evidenciam uma correlação muito elevada (Poeschl, 2006).

Para a identificação de preditores independentes de resiliência, foi realizado um modelo de regressão linear multivariada (Field, 2015). Como potenciais fatores preditores, foram utilizados os fatores significativos, resultantes das análises bi-variadas efetuadas. Os preditores foram introduzidos simultaneamente no modelo. De acordo com Studenmund e Cassidy (1987, cit. in Field, 2015), este é o método mais adequado para testar novos modelos, uma vez que técnicas passo a passo dificilmente permitem a replicação dos resultados, devido à variação aleatória dos dados. Na realização do modelo de regressão linear multivariada, foram considerados e analisados os pressupostos subjacentes ao mesmo (Field, 2015). Para todas as análises, foi considerado um nível de significância de 0.05.

## Análise qualitativa

De modo a analisar os acontecimentos de vida, procedeu-se à análise qualitativa das respostas dadas pelos participantes relativamente à questão do protocolo *“quando pensa na sua vida, existe alguma situação especial ou acontecimento de vida que tenha sido especialmente importante para si, algo que o tenha influenciado muito ou que tenha considerado um ponto de viragem na sua vida?”*. Foi efetuada uma análise de conteúdo dos dados, na modalidade de categorização dedutiva. A aplicação categorial dedutiva implica a formulação prévia de categorias de análise, teoricamente fundamentadas, que se relacionam com o texto (Mayring, 2000). O processo de análise qualitativa consiste na atribuição, metodologicamente controlada, de cada categoria às passagens do texto (Mayring, 2000). Para tal, são estabelecidas definições explícitas das categorias, bem como critérios para a sua atribuição. Mayring (2000) defende que posteriormente, os resultados da interpretação, podem inclusivamente ser analisados quantitativamente.

Para a análise dos principais acontecimentos de vida recuperados pelos centenários, foram definidas três categorias, com base na valência afetiva associada aos acontecimentos: acontecimento positivo, acontecimento negativo e acontecimento neutro. Um acontecimento é tido como positivo quando referente a eventos passados, descritos como agradáveis, prazerosos ou alegres, aos quais pode estar associado um sentimento de mestria e autoeficácia; um acontecimento é tido como negativo quando referente a eventos passados, interpretados como exigentes ou difíceis, aos quais estão associadas emoções desagradáveis como perda, tristeza, cólera ou sacrifício; um acontecimento neutro refere-se a episódios narrados vagamente, descritos com indiferença, não tendo associadas emoções particularmente agradáveis ou desagradáveis. Posteriormente, procedeu-se à análise qualitativa das respostas à questão do protocolo. Aos acontecimentos referidos, cada um dos juízes (autora da dissertação e orientador principal), de forma independente, atribuiu uma determinada categoria. Nos casos em que os juízes não atribuíram a mesma categoria, recorreu-se a um terceiro avaliador (co-orientador), que com base nos critérios estabelecidos, tomou a decisão relativamente à valência afetiva a atribuir.

## Resultados

Nesta secção é primeiramente apresentada a distribuição dos itens que compõem o *score* de resiliência. Posteriormente, são expostas a análise da relação entre a resiliência e variáveis sociodemográficas, classificação dos principais acontecimentos de vida e sua relação com a resiliência. Depois, são apresentadas as características do estado de saúde dos centenários, bem como a sua relação com a resiliência. Finalmente, são descritos os resultados do modelo de regressão linear multivariado.

Assim, na tabela 2, são apresentadas as distribuições dos cinco itens que compõem o *score* de resiliência. A fiabilidade do *score* de resiliência, foi avaliada através do alfa de Cronbach, sendo obtido um valor de 0.633. Este valor é considerado aceitável, segundo Field (2015) e Marôco e Garcia-Marques (2006).

**Tabela 2:**  
Distribuição dos itens que compõem o *score* de resiliência (N = 48)

	n	%
<b>Sente que à medida que se envelhece, tornamo-nos menos úteis?</b>		
Não	9	18.8
+/-	8	16.7
Sim	31	64.5
<b>Sente-se com esperança neste momento?</b>		
Não	18	37.5
+/-	13	27.1
Sim	17	35.4
<b>Ando preocupado(a) a maior parte do tempo</b>		
Não	31	64.6
Sim	17	35.4
<b>Sente-se sozinho?</b>		
Sim, muitas vezes	11	22.9
Às vezes	14	29.2
Quase nunca	9	18.8
Nunca	14	29.2
<b>Sente-se livre para decidir como quer viver a sua vida?</b>		
Não	15	31.3
Sim	33	68.8

A análise da resiliência, através do teste-t (tabela 3), revelou que não se verificam diferenças significativas, entre centenários que não frequentaram a escola, ou que frequentaram um ou mais anos de escolaridade,  $t(46) = -0.87, p = 0.27$ . A média obtida pelo grupo de idosos que não frequentou o ensino foi de  $-0.38 (DP = 3.43)$ , enquanto idosos que concluíram pelo menos um ano de escolaridade obtiveram uma média de  $0.43 (DP = 2.99)$ . Relativamente à fonte de rendimento, idosos cuja principal fonte de rendimento é a pensão, apresentam uma média do *score* de resiliência de  $-0.39 (DP = 3.22)$ . Centenários que têm como principal fonte de rendimento a segurança social apresentaram uma média de  $0.98 (DP = 2.99)$ . No entanto, as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas  $t(46) = -1.45, p = 0.51$ . No que respeita ao local de residência, também não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, em relação à resiliência,  $t(46) = 0.70, p = 0.12$ . Ainda assim, é possível verificar que idosos residentes na comunidade (não institucionalizados), apresentam uma média de resiliência ( $0.36 (DP = 2.85)$ ) ligeiramente superior, à do grupo de centenários institucionalizados ( $-0.31 (DP = 3.67)$ ).

**Tabela 3:**

Diferenças entre o grau de escolaridade, diferentes fontes de rendimento e local de residência, relativamente à resiliência (N = 48)

	n	Média (DP)	t (46)
<b>Anos de escolaridade</b>			
0	20	-0.38 (3.43)	-0.87
≥ 1	28	0.43 (2.99)	
<b>Fonte de rendimento</b>			
Pensão	31	-0.39 (3.22)	-1.45
Segurança social	17	0.98 (2.99)	
<b>Institucionalização</b>			
Não	29	0.36 (2.85)	0.70
Sim	19	-0.31 (3.67)	

A partir da classificação das repostas obtidas à questão aberta sobre acontecimentos de vida, obteve-se a distribuição de resultados apresentados na tabela 4. É possível observar que a maioria da amostra (n = 32, 66.7%) refere, como principais acontecimentos de vida, acontecimentos positivos. Por outro lado, 52.1% da amostra (n = 25), relatam acontecimentos negativos. Apenas 1 centenário (2.1%) narrou acontecimentos neutros, enquanto 4 centenários (8.3%) não responderam à questão do protocolo.

**Tabela 4:**

Distribuição da classificação de acontecimentos de vida (N = 48)

Ancontecimento	n	%
Acontecimento positivo	32	66.7
Acontecimento negativo	25	52.1
Acontecimento neutro	1	2.1
Não respondeu	4	8.3

Relativamente à relação com a resiliência, através do teste-t, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre centenários que reportaram ou não, acontecimentos positivos,  $t(46) = -0.01$ ,  $p = 0.995$ . Na mesma linha, a análise efetuada não revelou diferenças significativas entre centenários que referiram ou não, acontecimentos de vida negativos, ao nível da resiliência,  $t(46) = 1.51$ ,  $p = 0.138$ . No entanto, é possível verificar que centenários que não recordaram acontecimentos negativos, apresentam uma média superior do score de resiliência (0.81 (DP = 0.63)) (tabela 5).

**Tabela 5:**

Diferenças entre a valência afetiva dos acontecimentos de vida, relativamente à resiliência (N = 48)

	n	Média (DP)	t (46)
<b>Acontecimento positivo</b>			
Sim	16	0.10 (0.58)	-0.01
Não	32	0.09 (0.75)	
<b>Acontecimento negativo</b>			
Sim	25	-0.56 (0.64)	1.51
Não	23	0.81 (0.63)	

No que respeita ao estado de saúde desta amostra de centenários (tabela 6), verifica-se que apenas 16.7% (n = 8) avaliam a sua saúde como má, sendo que 37.5% (n = 18) consideram a sua saúde aceitável, e quase metade da amostra (n = 22, 45.8%) avalia a sua saúde como boa, muito boa ou excelente. De acordo com a classificação atribuída pelos entrevistadores na Escala de Deterioração Global, 42.6% (n = 20) dos centenários não apresentavam queixas subjetivas de défice de memória. A mesma percentagem de participantes (42.6%, n = 20) reportava queixas subjetivas de défice de memória, enquanto 6.4% (n = 3) dos inquiridos demonstram evidências precoces de défice claro, e ainda 8.5% (n = 4) apresentam défices evidentes através da entrevista clínica cuidadosa. Relativamente ao estado de saúde ao longo do ciclo de vida, apenas 25.0% (n = 12) dos participantes mencionam não ter tido nenhum problema de saúde grave, enquanto que três quartos dos inquiridos (n = 36, 75.0%) afirmam já ter enfrentado um problema grave de saúde, em algum momento da sua vida. Quanto ao estado de saúde atual, a média de diagnósticos é de 3.4 (*DP* = 2.0). No que respeita à funcionalidade, foi obtida uma média de 4.9 (*DP* = 3.4) nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD's), bem como uma média de 10.1 (*DP* = 3.6) nas atividades básicas de vida diária (ABVD's). Quanto ao funcionamento cognitivo, a média obtida no Mini Mental State Examination Short Version foi de 12.9 (*DP* = 5.1). Relativamente à frequência de dor, 22.9% (n = 11) e 20.8% (n = 10) dos inquiridos afirmaram, respetivamente, nunca sentirem dor, ou experienciá-la apenas raramente. Na mesma linha, 22.9% (n = 11) afirmaram ter dor às vezes/de vez em quando, enquanto 33.3% (n = 16) referiram ter experiências de dor frequentemente, ou sempre.

**Tabela 6:**  
Caracterização do estado de saúde da amostra

	N	n	%
<b>Perceção de saúde</b>	48		
Má		8	16.7
Aceitável		18	37.5
Boa/ Muito boa/ Excelente		22	45.8
<b>Escala de deterioração global</b>	47		
Ausência de queixas subjetivas de défice de memória		20	42.6
Queixas subjetivas de défice de memória		20	42.6
Evidências precoces de défice claro		3	6.4
Défices claramente evidentes em entrevista clínica cuidadosa		4	8.5
<b>Problema grave de saúde</b>	48		
Não		12	25.0
Sim		36	75.0
<b>Número de diagnósticos, média (<i>DP</i>)</b>	48	3.4 (2.0)	
<b>AIVD's, média (<i>DP</i>)</b>	47	4.9 (3.4)	
<b>ABVD's, média (<i>DP</i>)</b>	48	10.1 (3.6)	
<b>MMSE Breve, média (<i>DP</i>)</b>	48	12.9 (5.1)	

(continua)

Tabela 6 (continuação)

	N	n	%
<b>Frequência de dor</b>	48		
Nunca		11	22.9
Raramente		10	20.8
Às vezes		11	22.9
Frequentemente/ Sempre		16	33.3

De acordo com os dados sintetizados na tabela 7, é possível verificar que os diagnósticos mais comuns na amostra de centenários relacionam-se com problemas de audição ( $n = 36$ , 75%), problemas de visão ( $n = 35$ , 72.9%) e incontinência urinária ( $n = 15$ , 31.3%). Por outro lado, as patologias menos frequentes são diabetes *mellitus* ( $n = 1$ , 2.1%), infeções urinárias frequentes ( $n = 1$ , 2.1%) e cirrose ou outros problemas no fígado ( $n = 2$ , 4.2%).

Tabela 7:

Principais patologias diagnosticadas nos centenários da amostra (N = 48)

Diagnósticos	n	%
Hipertensão arterial	13	27.1
Problemas cardiovasculares	9	18.8
Diabetes <i>Mellitus</i>	1	2.1
Doença respiratória	8	16.7
Úlceras gástricas, síndrome do cólon irritável, outro problema de estômago ou intestino	11	22.9
Cirrose ou outro problema no fígado	2	4.2
Doença renal	4	8.3
Infeções urinárias frequentes	1	2.1
Incontinência urinária	15	31.3
Problemas de visão	35	72.9
Problemas de audição	36	75.0
Artrite	14	29.2
Osteoporose	4	8.3

Quanto à análise da relação entre a resiliência e a saúde, através do coeficiente de correção de Spearman (tabela 8), observou-se que o número de diagnósticos dos centenários não está associado à resiliência,  $r_s = -.113$ ,  $p = .442$ . No entanto, observou-se uma correlação estatisticamente significativa entre as medidas de funcionalidade e a resiliência. Nomeadamente, obteve-se uma correlação estatisticamente significativa e positiva, entre as AIVD's e a resiliência,  $r_s = .359$ ,  $p = 0.013$ . Também entre as ABVD's e a resiliência existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e baixa,  $r_s = .312$ ,  $p = 0.031$ . Deste modo, observou-se que quando ocorre um aumento nas escalas de AIVD's ou nas ABVD's, o score de resiliência aumenta também.

**Tabela 8:**

Coeficiente de correlação de Spearman entre a resiliência (RMS), número de diagnósticos e funcionalidade

	RMS
	<i>r<sub>s</sub></i>
Número de diagnósticos	-.113
AIVD's	.359 *
ABVD's	.312 *

Nota: \*  $p < 0.05$ 

Relativamente à cognição (tabela 9), o coeficiente de correlação de Pearson evidenciou que não há correlação entre o resultado do MMSE e o *score* de resiliência,  $r = .215$ ,  $p = 0.143$ .

**Tabela 9:**

Coeficiente de correlação de Pearson entre a resiliência (RMS) e o Mini Mental State Examination

	RMS
	<i>r</i>
MMSE	.215

Ainda no que respeita à relação entre a resiliência e a saúde, o teste ANOVA permitiu concluir que há diferenças significativas ao nível da resiliência, em função da frequência com que os centenários experienciam dor,  $F(3,44) = 6.52$ ,  $p = 0.001$  (tabela 10). Os centenários que referem nunca experienciar dor, são os que apresentam uma média superior no *score* de resiliência (2.43 (DP = 2.37)), seguindo-se dos centenários que referem raramente sentir dor (1.62 (DP = 2.52)).

**Tabela 10:**

Resultados relativos à análise da resiliência em relação à frequência de dor (N = 48).

	Nunca (n= 11)	Raramente (n= 10)	Às vezes (n= 11)	Frequentemente/ Sempre (n =16)	<i>F</i> (3,44)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
<b>RSM</b>	2.43 (2.37)	1.62 (2.52)	-1.58 (3.03)	-1.31 (2.87)	6.52**

\*\* $p < 0.01$ 

Também no âmbito da relação entre a resiliência e a saúde, verificou-se através do teste ANOVA, que a percepção de saúde se revelou uma variável de interesse (tabela 11). Observou-se a presença de diferenças estatisticamente significativas na resiliência, relativamente à saúde geral percebida pelos centenários,  $F(2,45) = 7.11$ ,  $p = 0.002$ . Neste sentido, pode verificar-se que centenários que consideram a sua saúde boa/muito boa/excelente apresentam níveis superiores de resiliência (1.31 (DP = 2.50)), seguindo-se do grupo de centenários que percebem a sua saúde como aceitável (0.02 (DP = 3.29)). Os centenários que descrevem a sua saúde como má, apresentam a média mais baixa do *score* de resiliência (-3.09 (DP = 2.51)).

**Tabela 11:**  
Resultados referentes à análise da resiliência em relação à saúde geral percebida

	Má (n= 8)	Aceitável (n= 18)	Boa/ Muito boa/ Excelente (n= 22)	F (2,45)
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
RSM	-3.09 (2.51)	.02 (3.29)	1.31 (2.50)	7.11**

\*\* $p < 0.01$

Relativamente à relação entre a história de saúde e a resiliência (tabela 12), foi efetuado um teste-*t*. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao nível da resiliência entre centenários que tiveram ou não, um problema grave de saúde, em algum momento da sua vida,  $t(46) = 1.2$ ,  $p = 0.24$ . Ainda assim, é possível verificar que centenários que não experienciaram nenhum problema de saúde grave no passado, apresentam uma média do *score* de resiliência superior (1.04 (DP = 2.90)).

**Tabela 12:**  
Diferenças ao nível da resiliência, entre centenários que tiveram ou não, em algum momento da sua vida, um problema de saúde grave

	n	Média (DP)	t (46)
<b>Problemas de saúde graves</b>			
Não	12	1.04 (2.90)	1.2
Sim	36	-.22 (3.23)	

Através da análise bi-variada, verificou-se que a perceção de saúde, funcionalidade e a frequência de dor são fatores associados com a resiliência. Estas variáveis foram inseridas no modelo de regressão linear multivariado, enquanto potenciais preditores da resiliência. Estimativas dos coeficientes, erros-padrão (se) e os respetivos intervalos de confiança do modelo são apresentados na tabela 13. As variáveis significativas explicam, em conjunto, 49.1% da variabilidade do *score* de resiliência ( $R^2 = 0.491$ ). Apenas a perceção de saúde aceitável ou boa/muito boa/excelente e a frequência de dor *nunca* se mantiveram preditores significativos do *score* de resiliência. Os centenários que classificaram a sua saúde como aceitável ( $b = 3.20$ , 95% IC 0.86-5.53) e boa/muito boa/excelente ( $b = 2.84$ , 95% IC 0.36-5.32), apresentaram melhor *score* de resiliência, comparados com os centenários que classificaram a sua saúde como má. No mesmo sentido, centenários com ausência de dor apresentaram melhor *score* de resiliência ( $B=3.19$ , 95% CI 1.05-5.33), quando comparados com centenários que reportaram frequência de dor como sempre/frequentemente. Em suma, os preditores perceção de saúde e ausência de dor, manifestam uma relação positiva com a variável dependente, resiliência.

**Tabela 13:**  
Modelo de regressão linear multivariado do *score* de resiliência.

	<i>b</i> (se)	95% IC	<i>B</i>	<i>p</i>
<b>Perceção de saúde</b>				
Má vs. Aceitável	3.20 (1.15)	0.86-5.53	0.49	0.008
Má vs. Boa/Muito boa/Excelente	2.84 (1.22)	0.36-5.32	0.45	0.026
<b>AIVD's</b>	0.27 (0.15)	-0.03-0.58	0.29	0.078
<b>ABVD's</b>	-0.09 (0.15)	-0.39-0.21	-0.1	0.549
<b>Dor</b>				
Sempre/ Frequentemente vs. Nunca	3.19 (1.06)	1.05-5.33	0.43	0.004
Sempre/ Frequentemente vs. Raramente	1.85 (1.15)	-0.46-4.17	0.24	0.114
Sempre/ Frequentemente vs. Às vezes	-0.55 (0.99)	-2.56-1.46	-0.07	0.586

Nota:  $R^2 = 0.491$

## Discussão

Este estudo debruçou-se sobre um constructo de maior importância na área da psicologia, mas que se encontra apenas parcialmente estudado no grupo etário dos mais idosos: a resiliência (Navarro-Pardo, et al., 2015). De acordo com a revisão bibliográfica efetuada, a resiliência encontra-se presente na velhice, contribuindo significativamente para o alcance da longevidade avançada (Zeng & Shen, 2010). Os principais resultados obtidos neste estudo apontam para a importância da saúde na resiliência da população centenária. Os mesmos sugerem que uma perceção de saúde aceitável, boa e muito boa, bem como a ausência de dor, constituem preditores independentes de resiliência.

As características sociodemográficas da amostra em estudo corroboram o perfil apresentado noutros estudos de centenários. Tal como nos estudos de centenários da Suécia (e.g., Hagberg & Samuelsson, 2008), Geórgia (e.g., Kumon et al., 2009) e New England (e.g., Kumon et al., 2009), a maioria dos participantes era do sexo feminino. Sabe-se que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior, alcançando em maior percentagem, a longevidade excecional (Austad, 2006; Regan & Partridge, 2013). Neste âmbito, o estudo de centenários de Sardenha (e.g., Kumon et al., 2009) destaca-se pela percentagem de centenários do sexo masculino. Quanto ao estado marital, a maioria dos centenários é viúvo. Uma percentagem significativa dos centenários encontra-se institucionalizada. Nos estudos de centenários de Geórgia e New England, a maioria dos participantes vive numa instituição de apoio (e.g., Kumon et al., 2009). Apesar desse cenário não ocorrer em Portugal, tem-se verificado nas últimas décadas uma maior tendência para a institucionalização em países desenvolvidos. Tal parece dever-se à idade também avançada dos filhos, bem como ao aumento da dependência e agravamento do estado de saúde dos centenários (Araújo, 2010). Apesar dos elevados níveis de

analfabetismo na população idosa portuguesa, a maioria dos centenários da amostra frequentou a escola durante pelo menos um ano. Ainda sim, uma grande percentagem de centenários era iletrado. Também os centenários incluídos nos estudos da Suécia (e.g., Hagberg & Samuelsson, 2008) e Geórgia (e.g., Kumon et al., 2009) apresentavam habilitações literárias reduzidas.

A análise da resiliência entre centenários, tendo em consideração variáveis sociodemográficas, não revelou diferenças estatisticamente significativas. Quanto à escolaridade, apesar de centenários com pelo menos um ano de escolaridade apresentarem um nível de resiliência superior, não se observaram diferenças significativas entre centenários analfabetos e o grupo anterior. Estes resultados apoiam as conclusões obtidas por Wells (2009), bem como pelos autores Fortes et al. (2009). Os centenários do presente estudo, apresentam habilitações literárias muito reduzidas, tendo frequentado instituições de ensino durante um número limitado de anos. Fortes et al. (2009) sugerem que diferenças significativas entre o nível de escolaridade e a resiliência, seriam obtidas com níveis de escolaridade superiores, entre idosos que tivessem frequentado o ensino superior.

Os resultados obtidos relativamente à relação entre resiliência e fonte de rendimento, suportam também as conclusões de Wells (2009) e Fortes et al. (2009). Tal indica, como referido por outros autores, que a resiliência não estará associada ao estatuto socioeconómico (Fortes et al., 2009). Também os níveis de resiliência de centenários institucionalizados ou residentes na comunidade não apresentam diferenças significativas. Centenários não institucionalizados apresentaram um *score* de resiliência superior. Contudo, seriam esperadas diferenças significativas ao nível da resiliência, uma vez que a institucionalização se encontra associada a maior dependência funcional e redução da rede de suporte social (e.g., Araújo, 2010; Azeem & Naz, 2015). Possivelmente, a motivação para residir numa instituição de apoio, bem como a rede de suporte disponível na mesma, podem explicar a manutenção de determinados níveis de resiliência.

Não se verificaram relações significativas entre acontecimentos de vida e resiliência, apesar de se ter constatado que centenários que não referiram acontecimentos negativos apresentavam *score* de resiliência superior. Investigações anteriores apontam para uma associação positiva entre a resiliência e acontecimentos de vida negativos (e.g., Hildon et al., 2009). Contudo, verificou-se que investigações precedentes tendem a recorrer a medidas objetivas de acontecimentos adversos (e.g., Couto, Koller, & Novo, 2011; Lim, et al., 2015). No presente estudo, a questão aberta utilizada, permitia aos centenários referir qualquer acontecimento considerado marcante, não solicitando necessariamente experiências adversas. As repostas dos centenários refletem a narrativa da sua história de vida, que corresponde ao modo como os indivíduos atribuem sentido aos acontecimentos. As narrativas orientam processos cognitivos e emocionais, influenciando a memória, percepções acerca do próprio e emoções predominantes (Gonçalves & Henriques, 2005). As narrativas de indivíduos resilientes tendem a enfatizar a gestão eficaz da adversidade, salientando sentimentos de mestria (Randall, Bakdwin, McKenzie-Mohr, McKim, & Furlong, 2015; Reinschmidt, Attakai, Kahn, Whitewater, & Teufel-Shone,

2016). Neste sentido, os resultados encontrados podem dever-se ao facto de centenários com níveis superiores de resiliência construírem as suas narrativas com base na superação de adversidades. Centenários que não identificam situações negativas como principais acontecimentos de vida exibem um *score* superior de resiliência, dado que se centram na adaptação positiva aos desafios, ao invés da adversidade em si.

Constata-se entre diferentes estudos, heterogeneidade relativamente à saúde dos centenários. No que respeita à funcionalidade, os centenários apresentam algum comprometimento nas AIVD's, apresentando níveis de autonomia superiores nas ABVD's. Relativamente à cognição, os centenários da amostra apresentam prevalência de demência inferior, quando comparado com os estudos de centenários Sydney (Levitan et al., 2010) e New England (e.g., Kumon et al., 2009). Os resultados encontrados aproximam-se das conclusões obtidas no estudo do Fordham, no qual 93% dos centenários apresentavam limitações restritas, ou ausência de limitações cognitivas (Jopp et al., 2016). No entanto, considerando que a amostra do presente estudo, constitui uma subamostra selecionada com base no preenchimento de informação, é possível que tenham sido selecionados idosos com melhores competências cognitivas.

Os resultados obtidos indicam que os centenários apresentam uma média de 3.4 diagnósticos, sendo as dificuldades mais frequentes problemas de audição e visão. Também no estudo de centenários de Geórgia a maioria dos participantes apresentavam alterações na visão e audição (Kumon et al., 2009). Tende a verificar-se neste grupo etário, a presença de múltiplas patologias, sendo observado no estudo de Fordham, que um quinto dos participantes apresentavam entre sete a onze problemas de saúde (Jopp et al., 2016). Apesar da frequente deterioração da saúde física, os centenários tendem a manter uma boa percepção de saúde. Os resultados do estudo indicam que quase metade da amostra classifica a sua saúde como boa/muito boa/excelente. Estes indicadores apoiam os resultados obtidos no estudo de centenários de Geórgia e Fordham, nos quais mais de metade da amostra considerou a sua saúde como boa ou excelente (Jopp et al., 2016; Kumon et al., 2009). A percepção de saúde consiste na avaliação que o próprio indivíduo faz da sua saúde, sendo influenciada por fatores físicos, psicossociais e contextuais (Benyamini, Idler, Leventhal, & Leventhal, 2000; Mori & Rey, 2012). Os resultados obtidos parecem, numa primeira análise, reforçar o relevo de variáveis psicossociais e contextuais na percepção de saúde, dado que, apesar da presença de várias morbilidades, os centenários apresentam uma boa percepção de saúde. Por outro lado, verifica-se que também quase de metade da amostra refere ausência, ou pouca frequência de dor. Investigações recentes apontam para um impacto negativo da dor na percepção de saúde e qualidade de vida (Lapane, Brian, Carmela, Wing, & Myoung, 2015; Willman, Petzäll, Östberg, & Hall-Lord, 2013). Nesta linha, questiona-se o facto da influência da saúde física, na percepção de saúde, ser mediada pela frequência de dor.

A saúde revelou-se uma área de particular interesse. Não se verificou nenhuma associação entre a saúde física atual (avaliada por meio do número de diagnósticos) ou prévia (avaliada pela existência de algum problema grave de saúde) e a resiliência. Estes resultados vão ao

encontro do estudo de Schure et al. (2008), que não encontraram associações significativas entre a resiliência e saúde física. Por outro lado, Wells (2009), encontrou uma associação entre a resiliência e a saúde física. No entanto, o próprio autor afirma que a fraca relação obtida, indica que a deterioração da saúde física, não deve diminuir os níveis de resiliência (Wells, 2009). Relativamente ao funcionamento cognitivo, não foram observadas relações estatisticamente significativas entre esta variável e a resiliência. Tais resultados corroboram o estudo de Fontes et al. (2015). Contudo, Fortes et al., (2009) bem como Lamond, et al. (2009), observaram uma associação entre as variáveis, associando-se melhor funcionamento cognitivo, a um nível superior de resiliência. Assim, verifica-se que a relação entre estas duas variáveis não é ainda clara, exigindo maior aprofundamento. Um fator que pode contribuir para incongruências entre as investigações, relaciona-se com as limitações inerentes à aplicação de instrumentos a idosos e centenários (Rodgers & Herzog, 1992). A utilização de alguns instrumentos de *screening* cognitivo, parecem prejudicar os resultados obtidos pelo grupo dos mais idosos, devido à sua reduzida escolaridade e limitações sensoriais (Holtsberg et al., 1995). No mesmo sentido, a não uniformização dos instrumentos utilizados, acrescenta dificuldades à comparação dos resultados entre diferentes investigações. Contudo, os dados recolhidos no presente estudo, reportam resultados de um subgrupo de centenários selecionado. O facto de os centenários terem respondido às questões de avaliação da resiliência, constitui já um indicador de melhor funcionamento cognitivo, deste modo, não é possível efetuar comparações objetivas com outros estudos.

Numa primeira análise, foram obtidas relações significativas entre a resiliência e as variáveis funcionalidade, perceção de saúde e frequência de dor. No entanto, após o modelo de regressão multivariada, apenas a frequência de dor e perceção de saúde se mantiveram relacionados com o *score* de resiliência.

No que respeita à funcionalidade, foram encontradas inicialmente associações positivas entre as AIVD's e ABVD's, apoiando os resultados de estudos anteriores. Silverman et al. (2015) defendem que idosos funcionalmente independentes apresentam níveis de resiliência superiores. Também Fontes et al. (2015), defendem que limitações funcionais constituem ameaças ao funcionamento normativo, aumentando autoavaliações negativas. De tal modo, melhor funcionalidade associa-se a níveis de resiliência superiores. No entanto, após o ajuste do modelo de regressão, não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a resiliência e a funcionalidade. Na mesma linha, Lamond et al. (2009), apesar de terem encontrado uma associação entre a funcionalidade e a resiliência, verificaram que esta era fraca, sugerindo que a resiliência não é significativamente influenciada pelo funcionamento físico. Os resultados obtidos corroboram ainda a ideia defendida por Hardy et al. (2004), que obtiveram uma relação significativa entre resiliência e AIVD's, contudo, após o ajuste dos dados, a relação entre as variáveis não se revelou estatisticamente significativa. Os mesmos autores constatam que a resiliência parece ser mais influenciada por fatores psicossociais, sendo a sua relação com a funcionalidade limitada (Hardy et al., 2004).

Os resultados indicam, mesmo após a efetivação do modelo de regressão multivariado, uma associação significativa entre a frequência de dor e a resiliência. Neste sentido, centenários que reportavam menor frequência de dor (*nunca*), apresentaram resultados superiores no *score* de resiliência. Os resultados obtidos corroboram o carácter multidimensional da dor. A investigação sobre a experiência de dor, em particular sobre a sua prevalência na velhice, não é consensual. Enquanto alguns estudos indicam que a frequência de dor tende a diminuir em pessoas com mais de 70 anos, outros defendem uma associação positiva entre a idade e a prevalência de dor (Willman et al., 2013). A experiência de dor não depende exclusivamente de lesões físicas, sendo influenciada por fatores físicos, psicológicos e sociais (Ramírez-Maestre, Martínez, & Zarazaga, 2004; Willman et al., 2013). Os resultados obtidos vão também ao encontro de conclusões alcançadas noutros estudos. No âmbito da dor crónica, Rio-Velasco (2011, cit.in Párraga & Martínez, 2012) observou que a resiliência facilita o processo de adaptação à dor. Também Schure et al. (2008) verificaram que indivíduos com níveis superiores de resiliência, reportavam menores níveis de dor. Investigações experimentais que implicam a indução de dor, corroboram também estes resultados. Assim, indivíduos com níveis superiores de resiliência tendem a reportar níveis inferiores de dor (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen, Aslaksen & Flaten, 2006; Smith et al., 2006, cit. in Párraga & Martínez, 2012).

Observou-se no presente estudo, uma relação significativa entre a resiliência e a perceção de saúde, apoiando resultados encontrados noutras investigações. Em alguma medida, o estudo da resiliência tem sido associado, desde o seu início, à saúde dos indivíduos (Párraga & Martínez, 2012). Os autores Gooding et al. (2012), obtiveram uma associação entre perceção de saúde negativa e baixos níveis de resiliência. Na mesma linha, Domajnko e Pahor (2015) concluíram que idosos resilientes tendem a apresentar uma melhor perceção de saúde, mesmo em situação de patologia.

Verificou-se que, para o grupo de centenários em estudo, a resiliência se associa significativamente ao estado de saúde, nomeadamente, a reduzida frequência de dor e a uma perceção de saúde aceitável ou boa/muito boa/excelente. A análise de regressão multivariada efetuada, não assume associações causais, pelo que, não é possível determinar a direção das associações entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2008). Parece existir uma relação complexa entre estas variáveis, sendo possível que existam relações multidirecionais. Os resultados obtidos conduzem a duas hipóteses explicativas. Poderá ser o facto do centenário ter menor frequência de dor e melhor perceção de saúde que o torna mais resiliente, ou, poderá ser devido a níveis superiores de resiliência que os centenários apresentam menor frequência de dor e melhor perceção de saúde. Considerar-se-à, para efeitos explicativos, a segunda hipótese. Como referido anteriormente, a resiliência caracteriza a capacidade de os indivíduos se adaptarem a circunstâncias adversas, mantendo um nível de funcionamento competente (Ong et al., 2009; Zeng & Shen, 2010). A velhice, é um período caracterizado por múltiplos desafios, nomeadamente ao nível da saúde. Nesta linha, ocorre frequentemente uma deterioração da saúde com o aumento da idade. Podem então surgir limitações físicas, sociais ou relacionais,

devido a problemas de saúde crónicos ou agudos (Hildon et al., 2009). Face a estas circunstâncias, os indivíduos podem selecionar um conjunto de objetivos, que lhe permitirão uma maior adaptação à diminuição de recursos. Posteriormente, uma otimização de competências ou adequação do comportamento ou do meio, facilitarão a gestão eficaz de dificuldades ou perdas (Baltes & Baltes, 1991). A adoção de comportamentos resilientes e mecanismos de seleção, otimização e compensação, permitem a adaptação a circunstâncias de doença e limitação (Gooding et al., 2012; Párraga & Martínez, 2012). Deste modo, os resultados alcançados conduzem à possibilidade de também no presente estudo, a resiliência potenciar nos centenários da amostra a adaptação aos diversos contrangimentos ao nível da saúde, permitindo a manutenção de uma melhor perceção de saúde e gestão da dor.

## Conclusão

Ao longo da revisão da literatura, observou-se que, quando comparado com outras faixas etárias, o estudo da resiliência na velhice é diminuto (Kessel, 2013; Navarro-Pardo, et al., 2015; Ong et al., 2009). A escassez de investigações é ainda mais marcada no grupo dos muito idosos, possivelmente, devido às dificuldades na avaliação deste constructo (Yang & Wen, 2014; Zeng & Shen, 2010).

Para a avaliação da resiliência, foram considerados os desafios subjacentes à mesma, identificados previamente (Reppold et al., 2011). Com base na premissa de que a adversidade pode ter um efeito paradoxal na resiliência, a avaliação da mesma não dependeu da exposição a acontecimentos adversos. Assim, os itens do *score* utilizado refletem fatores relacionados com o processo de resiliência, como a perseverança, otimismo, gestão de emoções negativas, apoio social e perceção de controlo (Zeng & Shen, 2010). Apesar de os fatores protetores não serem universais, verifica-se alguma concordância relativamente a algumas características psicológicas. O método utilizado possibilitou ainda a avaliação da resiliência exibida pelos centenários no presente, relativamente ao seu funcionamento geral, permitindo também ultrapassar a dificuldade associada ao carácter dinâmico da resiliência.

O presente estudo permitiu a avaliação da resiliência, num grupo de centenários portugueses. Esta variável é particularmente relevante na velhice, dados os constrangimentos físicos e psicossociais associados a esta fase do desenvolvimento (Gooding et al., 2012). Os resultados obtidos corroboram as conclusões obtidas por Zeng e Shen (2010), indicando que a resiliência permite uma melhor adaptação aos desafios da longevidade. Os centenários, quando comparados com indivíduos de outras faixas etárias, constituem um grupo particularmente resiliente, na medida em que, apesar dos constrangimentos enfrentados ao longo do ciclo de vida, conseguiram alcançar a longevidade excecional (Zeng & Shen, 2010). Considerando a previsão do aumento do número de centenários, interessa estudar com alguma profundidade, as suas dinâmicas.

Importa ter em conta algumas limitações inerentes à presente investigação. Em primeiro lugar, sendo a amostra constituída pelos centenários que responderam às questões do *score* de resiliência, o grupo de participantes apresentará melhor funcionamento, quando comparado com o grupo de centenários não selecionado. Nesta medida, o facto de os centenários selecionados terem respondido às questões solicitadas, pode ser um indicador de maior resiliência. Surge também como potencial limitação os constrangimentos associados à aplicação de instrumentos como o MMSE a este grupo etário. Nesta linha, considera-se também limitadora a robustez da medida utilizada para avaliar a resiliência. No entanto, dado a não inclusão de um instrumento de avaliação da resiliência no protocolo, considerou-se que o recurso ao *score* de resiliência, previamente utilizado em estudos com centenários, seria uma medida mais adequada que a utilização de indicadores indiretos. Por último, as especificidades da amostra em estudo, restringem a possibilidade de generalização dos resultados.

As conclusões alcançadas levantam alguns desafios nesta área de investigação. Seria relevante clarificar a possível relação entre a perceção de saúde e a frequência de dor, permitindo aprofundar a avaliação que os centenários mantêm da sua saúde. Sendo a longevidade avançada uma fase do ciclo de vida marcadamente heterogénea, importa dar continuidade ao estudo sobre resiliência, uma vez que esta facilita a gestão da adversidade, a manutenção de equilíbrio emocional e de níveis de funcionamento adequados.

O presente estudo permitiu a identificação de aspetos associados ao estado de saúde, que se relacionam com a resiliência. O mesmo pode ter importantes implicações para a investigação e prática psicológica, no âmbito dos centenários. No que respeita à experiência de dor, destaca-se o carácter multidimensional da mesma, dependendo também de fatores psicológicos (Mordeniz, 2016). Neste sentido, a perceção de dor pode ser influenciada, reduzida ou controlada, por meio de intervenções psicológicas (Adams, Poole, & Richardson, 2006). Observando-se que a resiliência se encontra associada à experiência de dor, intervenções por meio da resiliência, poderão também influenciar a perceção de dor.

Vários estudos têm demonstrado a eficácia de intervenções na promoção da resiliência (Domajnko & Pahor, 2015; Janssen et al., 2011; Meléndez, Fortuna, Sales, & Mayordomo, 2015). Considerando a relação dinâmica entre a resiliência e variáveis associadas ao estado de saúde, o desenvolvimento de intervenções poderia, possivelmente, influenciar positivamente o estado de saúde de centenários. O presente estudo avaliou uma subamostra de um grupo de sobreviventes únicos que, por terem alcançado um século de vida, seriam à partida bastante resilientes. Ainda assim, verificaram-se diferenças ao nível da resiliência, entre os centenários. Esta parece constituir um constructo chave para a gestão e adaptação aos desafios da longevidade. O estudo da resiliência em centenários dá os seus primeiros passos, sendo um tema pioneiro em Portugal. Investigações posteriores permitirão aprofundar o modo como a resiliência poderá ser uma via para a promoção da qualidade de vida dos centenários.

## Bibliografia

- Abbema, R., Bielderman, A., Greef, M., Hobbelen, H., Krijnen, W., & Schans, C. (2015). Building from a conceptual model of the resilience process during ageing, towards the Groningen Aging Resilience Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 2208-2219.
- Adams, N., Poole, H., & Richardson, C. (2006). Psychological approaches to chronic pain management: part 1. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 290-300.
- Araújo, E. N. (2010). Longevidade: Novos Desafios na Sociedade Contemporânea. *Revista Portal de Divulgação*, 4, 25-28.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., Azevedo, M., . . . , & Paúl, C. (2015). Measuring attachment to life in old age: The Portuguese version of the Positive Valuation of Life Scale (Positive VOL). *Quality of Life Research*, 24 (10), 2385-2389.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Paúl, C. (2015). Predicting Successful Aging at One Hundred Years of Age. *Research on Aging*, 1-21.
- Austad, S. (2006). Why Women Live Longer Than Men: Sex Differences in Longevity. *Gender Medicine*, 3 (2), 79-92.
- Azeem, F., & Naz, M. A. (2015). Resilience, Death Anxiety, and Depression Among Institutionalized and Noninstitutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30 (1), 111-130.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. Em P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. Em R. Lerner, T. Leventhal, & M. Bornstein, *Handbook Of Child Psychology And Developmental Science* (pp. 569-664). EUA: John Wiley & Sons.
- Benyamini, Y., Idler, E. L., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2000). Positive Affect and Function as Influences on Self-Assessments of Health: Expanding Our View Beyond Illness and Disability. *Journal of Gerontology*, 55 (2), 107-116.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13 (1), 32-39.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (1), 101-113.

- Caselli, G., & Lipsi, R. M. (2006). Survival differences among the oldest old in Sardinia: who, what, where, and why? *Demographic Research*, 14, 267-294.
- Cherry, K., Brown, J., Kim, S., & Jazwinski, S. (2016). Social Factors and Healthy Aging: Findings from the Louisiana Healthy Aging Study (LHAS). *Kinesiology Review*, 5, 50-56.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Cosco, T. D., Kaushal, A., Richards, M., Kuh, D., & Stafford, M. (2016). Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14 (16), 2-6.
- Couto, M. C., Koller, S. H., & Novo, R. (2011). Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience. *Aging International*, 36, 492-505.
- Davey, A., Elias, M. F., & Siegler, I. C. (2010). Cognitive function, physical performance, health, and disease: norms from the Georgia centenarian study. *Experimental Aging Research*, 36, 394-425.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- DiStefano, C., Zhu, M., & Mîndrila, D. (2009). Understanding and Using Factor Scores: Considerations for the Applied Researcher. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 14 (20), 1-10.
- Domajnko, B., & Pahor, M. (2015). HealthWithin Limitations: Qualitative Study of the Social Aspects of Resilience in Old Age. *Aging International*, 40, 187-200.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the Concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, X (5), 276-282.
- Ferreira, C. L., Santos, L. M., & Maia, E. M. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46 (2), 328-334.
- Field, A. (2015). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4<sup>a</sup> ed.). London: Sage.
- Fillenbaum, G. G., & Smyer, M. A. (1981). The development, validity, and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. *Journal of Gerontology*, 36 (4), 428-434.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist*, 18 (1), 12-23.

- Fontes , A. P., Fattori, A., D'Elboux, M. J., & Guariento, M. E. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (1), 7-17.
- Fortes, T. F., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26 (4), 455-463.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as a moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213-219.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 264-270.
- Gonçalves, M., & Henriques, M. (2005). *Terapia narrativa da ansiedade*. Coimbra: Quarteto.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
- Gurgel, L. G., Plentz, R. D., Joly, M. C., & Reppold, C. T. (2013). Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. *Estudos de Psicologia*, 30 (4), 487-496.
- Hagberg, B., & Samuelsson, G. (2008). Survival After 100 Years of Age: A Multivariate Model of Exceptional Survival in Swedish Centenarians. *Journal of Gerontology*, 1 (63), 1219-1226.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 257-262.
- Hensley, B., Martin, P., MacDonald, M., & Poon, L. (2010). Family History and Adaptations among Centenarians and Octogenarians. *Gerontology*, 56, 83-87.
- Hicks, M. M., & Conner, N. E. (2014). Resilient ageing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (4), 744-755.
- Hildon, Z., Montgomery, S., Blane, D., Wiggins, R., & Netuveli, G. (2009). Examining Resilience of Quality of Life in the Face of Health-Related and Psychosocial Adversity at Older Ages: What is “ Right ” About the Way We Age? *The Gerontologist*, 50 (1), 36-47.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30 (5), 726-740.
- Holtsberg, P. A., Poon, L. W., Noble, C. A., & Martin, P. (1995). Mini-Mental State Exam Status of Community-Dwelling Cognitively Intact Centenarians. *International Psychogeriatrics*, 7 (3), 417-427.

- Howitt, D., & Cramer, D. (2014). *Introduction to Research Methods in Psychology* (4<sup>a</sup> ed.). London: Pearson.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences, 76*, 18-27.
- INE. (2016). Portal do Instituto Nacional de Estatística. Obtido de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE).
- Janssen, B. M., Abma, T. A., & Regenmortel, T. V. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Aging, 8*, 145-156.
- Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M. A., Burton, C. D., Elliott, A., . . . , Black, C. (2015). Physical Disease and Resilient Outcomes: A Systematic Review of Resilience Definitions and Study Methods. *Psychosomatics, 56*, 168-180.
- Jopp, D. S. (Janeiro de 2016). *Welcome To The Fordham Centenarian Study!* Obtido de Fordham University: [http://legacy.fordham.edu/academics/programs\\_at\\_fordham\\_/psychology\\_department/people/faculty/daniela\\_jopp/adult\\_development\\_an/centenarian\\_study/index.asp](http://legacy.fordham.edu/academics/programs_at_fordham_/psychology_department/people/faculty/daniela_jopp/adult_development_an/centenarian_study/index.asp)
- Jopp, D. S., & Rott, C. (2006). Adaptation in Very Old Age: Exploring the Role of Resources, Beliefs, and Attitudes for Centenarians' Happiness. *Psychology and Aging, 21* (2), 266-280.
- Jopp, D. S., Park, M. S., Lehrfeld, J., & Paggi, M. E. (2016). Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New York City: findings from the Fordham Centenarian. *BMC Geriatrics, 16* (1), 1-10.
- Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing, 34*, 122-127.
- Kliegel, M., Moor, C., & Rott, C. (2004). Cognitive status and development in the oldest old: a longitudinal analysis from the Heidelberg Centenarian Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 39*, 143-156.
- Koch, T., Power, C., & Kralik, D. (2007). Researching with centenarians. *Journal compilation, 52-61*.
- Kumon, M. T., Silva, V. P., Silva, A. I., & Gomes, L. (2009). Centenários no mundo: uma visão panorâmica. *Kairós, 12* (1), 213-232.
- Lamond, A. J., Deep, C. A., Allison, M., Langer, R., Reichstadt, J., . . . , Jeste, D. V. (2009). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *Journal of Psychiatric Research, 43*, 148-154.

- Lapane, K. L., Brian, Q. J., Carmela, B., Wing, C., & Myoung, K. S. (2015). Impact of Noncancer Pain on Health-Related Quality of Life. *Pain Practice, 15* (4), 333-342.
- Larkin, M. (2013). Resilience: a requirement for successful aging in all settings. *The Journal on Active Aging, 22-29*.
- Lawton, M. (1975). The Philadelphia Geriatric Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology, 30* (1), 85-89.
- Lawton, M., Moss, M., Hoffman, C., Kleban, M., Ruckdeschel, K., & Winter, L. (2001). Valuation of life: A concept and a scale. *Journal of Aging and Health, 13* (3), 3-31.
- LeCombe, M. D., & Goetz, J. P. (1982). Problems of reliability and validity in ethnographic research. *Review of Educational Research, 52* (1), 31-60.
- Levitan, C., Sachdev, P., Brodaty, H., Crawford, J., Slavin, M., . . ., Mather, K. (2010). Rates of dementia amongst an exceptionally old cohort of Australians: The Sydney Centenarian Study. *Alzheimer's & Dementia, 8* (4).
- Li, J., Theng, Y., & Foo, S. (2015). Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults. *Asian Journal of Psychiatry, 14*, 22-27.
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M. S., Kumar, R., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging & Mental Health, 19* (11), 1005-1014.
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences, 66*, 92-97.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience: Past, Present, and Future Research. *New York Academy of Sciences, 1094*, 105-115.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality, 77* (6), 1805-1832.
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia, 4* (1), 65-90.
- Martin, P., Hagberg, B., & Poon, L. (2012). Models for studying centenarians and healthy ageing. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics, 7* (1), 14-18.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum: Qualitative Social Research, 1* (2).

- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 238-243.
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*, 294-298.
- Morais, A. M., & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista. *Revista Portuguesa de Educação, 20* (2), 75-104.
- Mordeniz, C. (2016). Pain Perception Within Consciousness. *NeuroQuantology, 14* (2), 439-446.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse, 9* (2), 19-25.
- Mori, V. D., & Rey, F. G. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. *Psicologia: teoria e prática, 14* (3), 140-152.
- Mossakowska, M., Broczek, K., Wieczorowska-Tobis, K., Klich-Rączka, A., Jonas, M., . . . , Puzianowska-Kuznicka, M. (2014). Cognitive Performance and Functional Status Are the Major Factors Predicting Survival of Centenarians in Poland. *Journals of Gerontology, 69* (10), 1269-1275.
- Motta, M., Bennati, M., Ferlito, L., Malaguarnera, M., & Motta, L. (2005). Successful aging in centenarians: myths and reality. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 40*, 241-251.
- Navarro-Pardo, E., Fernández-Muñoz, J. J., Vázquez-Martínez, A., Vázquez-Molina, J., Moret, C. M., & Civera-Mollá, C. (2015). Resilience And The Aging Process: Assessment Tools And Needs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 191*, 2008-2011.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafon, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health, 9* (4), 1364-7863.
- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. (2008). Resiliência: Análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicologia, Ciência e Profissão, 28* (4), 754-767.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Boker, S. M. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality, 77* (6), 1777-1804.
- Ong, A. D., Zautra, A. J., & Reid, M. C. (2010). Psychological Resilience Predicts Decreases in Pain Catastrophizing Through Positive Emotions. *Psychology, 25* (3), 516-523.

- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H. L., Koloski, N., Harley, E., & Arnold, E. (2007). Development and Validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19, 103-114.
- Párraga, G. T., & Martínez, A. E. (2012). Resiliencia psicológica y dolor crónico. *Escritos de Psicología*, 5 (2), 1-11.
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M., Emeny, R., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health*, 57, 341-349.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. V. (2004). Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pierini, D., & Stuifbergen, A. K. (2010). Psychological Resilience and Depressive Symptoms in Older Adults Diagnosed with Post-Polio Syndrome. *Rehabilitation Nursing*, 35 (4), 167-175.
- Pietrzak, R. H., & Cook, J. M. (2013). Psychological Resilience in Older U.S. Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and Anxiety*, 30, 432-443.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de Dados na Investigação em Psicologia: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Poon, L. W. (2007). The Georgia Centenarian Study: A Study of Longevity and Survival of the Oldest Old. *University of Georgia Gerontology Center*, 1-28.
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E., & Zarazaga, R. E. (2004). Personality Characteristics as Differential Variables of the Pain Experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (2), 147-165.
- Randall, W., Bakdwin, C., McKenzie-Mohr, S., McKim, E., & Furlong, D. (2015). Narrative and resilience: A comparative analysis of how older adults story their lives. *Journal of Aging Studies*, 34, 155-161.
- Recabal, J. E., Leone, P. E., Muñoz, C. A., Escalona, K. S., & Díaz, L. A. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 3, 73-81.

- Regan, J. C., & Partridge, L. (2013). Gender and longevity: Why do men die earlier than women? Comparative and experimental evidence. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27, 467-479.
- Reinschmidt, K. M., Attakai, A., Kahn, C. B., Whitewater, S., & Teufel-Shone, N. (2016). Shaping a Stories of Resilience Model from Urban American Indian Elders' Narratives of Historical Trauma and Resilience. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 23 (4), 63-85.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Léon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2011). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 248-255.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora.
- Ribeiro, O., Araújo, L., Duarte, N., Brandão, D., & Paúl, C. (2015). *Protocolo de Avaliação PT100*. Porto: UNIFAI/ CINTESIS, UP.
- Ribeiro, O., Paúl, C., Simões, M. R., & Firmino, H. (2011). Portuguese version of the Geriatric Anxiety Inventory: Transcultural adaptation and psychometric validation. *Aging & Mental Health*, 15 (6), 742-748.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., & Paúl, C. (2016). Health profile of centenarians in Portugal: a census-based approach. *Population Health Metrics*, 14 (13), 1-6.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (3), 307-321.
- Rodgers, W. L., & Herzog, A. R. (1992). Collecting data about the oldest: problems and procedures. Em R. Suzman, D. Willis, & K. Manton, *The Oldest Old* (pp. 135-156). New York: Oxford University Press.
- Rodrigues, R. M. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 23 (2), 109-115.
- Rosa, G., Martin, P., Gondo, Y., Hirose, N., Ishioka, Y., & Poon, L. W. (2014). Examination of important life-events of the oldest-old: Cross-cultural comparisons of U.S. and Japanese centenarians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 29, 109-130.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences*, 1-12.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, T. (2013). The Association of Resilience with Mental and Physical Health among Older American Indians: The Native Elder Study. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research*, 20 (2), 27-41.
- Silverman, A. M., Molton, I. R. , Alschuler, K.N., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2015). Resilience Predicts Functional Outcomes in People Aging With Disability: A Longitudinal Investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96, 1262-1268.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11 (1), 94-101.
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19 (3), 192-200.
- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. *Educação & Realidade*, 40 (1), 33-51.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and Reserve Capacity in Later Adulthood: Potentials and Limits of Development across the Life Span. Em D. Cicchetti, & D. Cohen, *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 801-847). New York: Wiley.
- Terte, I., Stephens, C., & Huddlestone, L. (2014). The Development of a Three Part Model of Psychological Resilience. *Stress and Health*, 30, 416-424.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16 (3), 317-326.
- Truffino, J. C. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3 (4), 145-151.
- Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature*, 464 (7288), 536-542.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165-178.
- Wells, M. (2009). Resilience in Rural Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Rural Health*, 415-419.
- Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Ferrucci, L. (2008). Secrets of Healthy Aging and Longevity From Exceptional Survivors Around the Globe: Lessons From Octogenarians to Supercentenarians. *Journal of Gerontology*, 63 (11), 1181-1885.

- Willcox, D. C., Willcox, B. J., Sokolovsky, J., & Sakihara, S. (2007). The Cultural Context of “Successful Aging” Among Older Women Weavers in a Northern Okinawan Village: The Role of Productive Activity. *Cross-Cultural Gerontology*, 1-29.
- Willcox, D. C., Willcox, B. J., & Poon, L. W. (2010). Centenarian Studies: Important Contributors to Our Understanding of the Aging Process and Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-6.
- Willman, A., Petzäll, K., Östberg, A., & Hall-Lord, M. L. (2013). The psycho-social dimension of pain and health-related quality of life in the oldest old. *Caring Sciences*, 27, 534-540.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21, 152-169.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9 (8), 3-18.
- Windle, G., Markland, D. A., & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health*, 12 (3), 285-292.
- Yang, Y., & Wen, M. (2014). Psychological Resilience and the Onset of Activity of Daily Living Disability Among Older Adults in China: A Nationwide Longitudinal Analysis. *Journals of Gerontology*, 1-11.
- Yi, Z., & Vaupel, J. W. (2002). Functional Capacity and Self-Evaluation of Health and Life of Oldest Old in China. *Journal of Social Issues*, 58 (4), 733-748.
- Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-9.

## **ANEXO TEÓRICO**



# 1. Envelhecimento da população e aumento do número de Centenários

Assiste-se atualmente a um progressivo envelhecimento da população mundial, com uma redução significativa da mortalidade em idosos com idade superior a 80 anos, sobretudo nos países desenvolvidos (Koch, Power, & Kralik, 2007). Neste contexto, constata-se o aumento do número de centenários, descritos como “sobreviventes únicos” (Willcox, Willcox, & Ferrucci, 2008). Os centenários são, atualmente, o grupo etário em maior crescimento em todo o mundo (Koch et al., 2007). O aumento deste grupo é atribuído a fatores como diminuição da mortalidade infantil, avanços nos cuidados de saúde, tratamento e prevenção de várias patologias e melhorias na saúde pública (Koch et al., 2007; Willcox, Willcox, & Poon, 2010).

A nível mundial, estima-se a existência de 450.000 centenários (Vaupel, 2010). Segundo Vaupel (2010), se a redução da taxa de mortalidade permanecer a este ritmo, é esperado que a maioria dos indivíduos nascidos em países industrializados após o ano 2000 alcancem os 100 anos. Em 2014, 5,1% da população europeia correspondia ao grupo etário dos muito idosos (pessoas com mais de 80 anos) (Eurostat, 2016). Estima-se que em 2050, a população centenária mundial alcance os 3.4 milhões de pessoas, sendo as projeções para 2100 de 20.1 milhões de centenários (Ribeiro, Teixeira, Araújo, & Paúl, 2016).

Em Portugal, segundo o Human Mortality Database (2016), o número de centenários duplicou entre 1996 e 2006, ocorrendo um aumento de 414 para 870 pessoas com mais de cem anos. Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2016) indicam, que em 2011, existiam em Portugal (incluindo continente e ilhas) 1526 centenários, 273 homens e 1253 mulheres. De acordo com os censos de 2011, 82% da população centenária é viúva. Relativamente ao local de residência, 71% dos centenários portugueses vive numa residência própria, pelo que apenas uma minoria (29%) reside em instituições (INE, 2016). No que respeita à literacia, a maior parte dos centenários (61.6%) são analfabetos, sendo que apenas 28.6% completaram o 4º ano e 7.9% frequentaram o 6º ou 9º ano de escolaridade (Ribeiro et al., 2016). Em relação à perceção, uma grande percentagem de centenários menciona défices auditivos (63.4%) e visuais (58.2%). Quanto à funcionalidade, 42.6% refere grande dificuldade em andar ou subir escadas e 46.5% menciona ser incapaz de tomar banho ou vestir-se sem ajuda (Ribeiro et al., 2016). No que respeita à comunicação, 42.5% dos centenários portugueses refere não sentir dificuldades (ou sentir dificuldade mediana), em compreender e ser compreendido pelos outros, o que reflete a perceção de uma competência comunicacional eficaz (Ribeiro et al., 2016). Por último, em relação às capacidades cognitivas, 39.1% dos centenários relata um nível de dificuldade ausente ou mediano no que respeita às funções de memória e concentração, enquanto 38.9% descreve grandes dificuldades (Ribeiro et al., 2016). Os autores Ribeiro et al. (2016) verificaram a existência de diferenças significativas entre sexos. Especificamente, uma maior percentagem

de centenários do sexo masculino são casados, apresentam nível de escolaridade superior e vivem em residência própria. Relativamente à perceção, funcionalidade, comunicação e cognição, também os centenários do sexo masculino reportaram menores dificuldades relacionadas com o envelhecimento ou problemas de saúde (Ribeiro, et al., 2016).

O aumento da população centenária assume diversas consequências económicas e sociais, nomeadamente ao nível dos cuidados de saúde. Com o processo de envelhecimento ocorrem frequentemente perdas, constatando-se que o aumento da idade tende a encontrar-se associado a alterações negativas ao nível do funcionamento cognitivo, saúde e rede social. Neste sentido, a maioria dos centenários apresenta várias patologias crónicas e perda de autonomia (Jopp & Rott, 2006). No entanto, as principais conclusões dos estudos sobre centenários indicam que estes mantêm qualidade de vida (Araújo, Ribeiro, Teixeira, & Paúl, 2015a). Assim, surge um interesse crescente no sentido de compreender o modo como este grupo experiencia os diferentes acontecimentos de vida. Nas últimas décadas assistiu-se a um crescente interesse nesta população, refletido no surgimento e desenvolvimento de estudos sobre centenários (Araújo & Ribeiro, 2012). A investigação sobre centenários tende a concentrar-se, principalmente, em variáveis como a saúde funcional e mental, o funcionamento cognitivo e a dependência económica (Hensley, Martin, MacDonald, & Poon, 2010).

Apesar do aumento significativo da percentagem de centenários em Portugal, apenas em 2010 foi iniciado o primeiro estudo sistemático sobre centenários, Estudo de centenários do Porto - PT100 Porto. Assim, é premente a necessidade de investigar este grupo, de modo a reunir informação biológica, genética e psicossocial que permita adequar as intervenções e cuidados prestados (Willcox et al., 2010; Zeng & Vaupel, 2002).

## **1.1. Estudos sobre centenários**

Verificou-se nas últimas décadas o desenvolvimento de vários estudos, em diferentes países, sobre centenários. Dentre os principais estudos, destacam-se os de Okinawa (Japão), Heidelberg (Alemanha), Georgia e New England (EUA), entre outros (Kumon, Silva, Silva, & Gomes, 2009). Os estudos dedicam-se à análise de diversas variáveis, de ordem física, genética, nutricional e psicossocial, que contribuem para a longevidade avançada (Kumon et al., 2009). A tabela 14 apresenta alguns dos principais estudos dedicados a esta população.

Tabela 14:

Principais estudos sobre centenários

Nome do estudo	País/ Ano	Principal Investigador	Amostra	Objetivos	Principais Resultados
<i>Estudo de Centenários de Okinawa</i>	Japão 1976	Suzuki, M.	600 Centenários	-Estudo de características genéticas, nutricionais, práticas psicoespirituais e estilo de vida dos centenários de Okinawa	- Componentes genéticos podem ter um papel fundamental no alcance da longevidade - Risco reduzido para o desenvolvimento de patologias associadas à idade avançada - O estilo de vida contribui para o seu envelhecimento bem-sucedido
<i>Estudo de Centenários de Heidelberg</i>	Alemanha	Rott, C.	156 Centenários	- Avaliar a cognição, a funcionalidade, a saúde mental, o suporte social e o recurso a cuidados de saúde - Identificar principais acontecimentos de vida e sua relação com outras variáveis	- Um quarto dos centenários não apresentava alterações no funcionamento cognitivo - A autoavaliação é determinante para o bem-estar
<i>Estudo de Centenários da Suécia</i>	Suécia 1987	Hagberg, B.	100 Centenários	- Caracterizar a população centenária -Recolher dados médicos, características psicológicas e sociológicas	- Grande parte dos centenários pertenciam ao sexo feminino e encontravam-se institucionalizados - Capacidade de compreensão e memória de curto-prazo são preditores da longevidade

(continua)

Tabela 14 (continuação)

Nome do estudo	País/ Ano	Principal Investigador	Amostra	Objetivos	Principais Resultados
<i>Estudo de Centenários de Geórgia</i>	Estados Unidos da América 3 Fases: 1988-1992; 1992-1998; 2001-2007	Poon, L.	150 Centenários	- Avaliar a cognição, a memória, a personalidade, as atitudes face à vida, a espiritualidade e o suporte social  - Comparar o grupo de centenários com uma amostra de idosos com idades entre os 60 e 80 anos	- Centenários apresentavam habilitações literárias reduzidas - Alterações na visão e audição - 60% considerava a sua saúde boa ou excelente - Não se verificaram diferenças significativas entre a saúde dos centenários e do grupo de idosos mais novos
<i>Estudo de centenários de New England</i>	Estados Unidos da América  1994	Perls, T.	1500 Centários	-Caracterizar o grupo de centenários -Examinar a prevalência de demências	- Grande maioria sexo feminino - Cerca de 50% residiam numa instituição - Maior parte apresentava graus diferenciados de demência
<i>Chinese Longitudinal Survey on Health Longevity</i>	China 1998, 2000, 2002, 2005, 2008-09 e 2011-2012	Zeng, Y.	15705 Centenários	- Avaliar saúde (física e mental) e funcionalidade  - Examinar o impacto de fatores individuais, sociais e ambientais na longevidade	- Idosos do sexo feminino apresentam mais limitações na funcionalidade - A satisfação com a vida mantém-se constante até aos 94 anos
<i>Estudo de Centenários de Sardenha</i>	Itália  1997	National Institute on Aging	187 Centenários	- Investigar a relação entre fatores genéticos e a longevidade excecional	- Diferenças na proporção sexo feminino/ masculino - Menor mortalidade após os 80 anos - Menor risco de doenças cardiovasculares

(continua)

Tabela 14 (continuação)

Nome do estudo	País/ Ano	Principal Investigador	Amostra	Objetivos	Principais Resultados
<i>Estudo de Centenários de Sidney</i>	Austrália 2006	Sachdev, P,	Idosos com mais de 95 anos	- Avaliar a saúde física e mental do grupo de idosos	- 20% dos participantes apresentava evidências de demência - Níveis baixos de distress - Níveis elevados de satisfação com a vida
<i>Estudo de Centenários da Polónia</i>	Polónia 2007	Mossakowska, M.	340 Centenários	- Avaliar o funcionamento físico e cognitivo.	- Melhor funcionamento físico e cognitivo encontram-se associados a maior longevidade
<i>Estudo de Centenários de Fordham</i>	Estados Unidos da América 2010	Jopp, D.	119 Idosos com idade entre os 95 e 107 anos	- Descrever a experiência de vida dos centenários - Identificar características individuais e ambientais que contribuem para o bem-estar na velhice avançada	- Apresentam múltiplas patologias físicas - 67% dos participantes refere ter uma saúde boa ou excelente - A maior parte dos centenários refere satisfação com a vida moderada a muito elevada
<i>PT100- Estudo de Centenários do Porto</i>	Portugal 2010	Ribeiro, O.	241 Centenários	- Avaliar estado de saúde física e mental, funcionalidade e personalidade - Examinar rede de suporte social, qualidade de vida e acontecimentos de vida	- Centenários do sexo feminino e institucionalizados apresentam menor probabilidade de envelhecimento bem-sucedido - Autoeficácia e satisfação com o suporte social são preditores de envelhecimento bem-sucedido

## Estudo de Centenários de Okinawa

O estudo de centenários de Okinawa, de base populacional, teve início em 1976, sendo identificado como o primeiro estudo sistemático de centenários (Willcox et al., 2008). Esta área destaca-se pela percentagem de centenários, verificando-se uma proporção de 34 centenários por 100.000 habitantes (Kumon et al., 2009). A idade dos participantes foi confirmada através de registos oficiais. Foram investigadas variáveis genéticas, nutricionais, práticas psicoespirituais e estilo de vida (Kumon et al., 2009). O estudo indicou que determinados componentes genéticos podem ser determinantes no alcance da longevidade avançada (Takata, Suzuki, Ishii, Sekiguchi, & Iri, 1987). Por outro lado, de acordo com os resultados da investigação, também variáveis nutricionais contribuem significativamente para a sobrevivência dos centenários de Okinawa (Rosenbaum, Willcox, Willcox, & Suzuki, 2010). No que respeita à alimentação, a dieta hipocalórica contribui para a manutenção de um baixo índice de massa corporal (IMC). Devido ao baixo IMC, os Okinawanos apresentam risco reduzido para o desenvolvimento de patologias como neoplasias, doenças cardiovasculares e diabetes, frequentemente associadas ao aumento da idade (Rosenbaum et al., 2010). De acordo com os resultados do estudo de Okinawa, o estilo de vida contribui também para a sobrevivência deste grupo de centenários (Kumon et al., 2009). Especificamente, estes centenários apresentavam padrões de consumo moderado de álcool, hábitos não fumadores, prática regular de exercício físico e participação ativa na sociedade (Kumon et al., 2009). No que respeita à participação social, Willcox, Willcox, Sokolovsky e Sakihara (2007) verificaram que a maior parte das mulheres de Okinawa matêm um papel ativo na produção de tecelagem de malhas *Basho-fu*, recebendo em troca uma quantia monetária simbólica. De acordo com os autores Willcox et al. (2007), o envolvimento nesta atividade é central para o envelhecimento bem-sucedido desta população, verificando-se a importância da participação social para o alcance da longevidade.

## Estudo de Centenários de Heidelberg

Na Alemanha, o estudo de centenários de Heidelberg, com base populacional, integrou 156 centenários. O estudo objetivou a avaliação de diversas dimensões de vida, como o funcionamento cognitivo, funcionalidade, saúde mental, bem-estar, suporte e cuidados (Kumon et al., 2009). Kliegel, Moor e Rott (2004), no âmbito deste estudo, investigaram o funcionamento cognitivo, o desenvolvimento cognitivo e a influência da cognição na mortalidade. Os autores verificaram uma grande variabilidade no que respeita ao funcionamento cognitivo dos centenários. Os resultados revelaram que 52% dos participantes apresentam limitações cognitivas moderadas a severas, enquanto que um quarto não apresentava qualquer alteração no funcionamento cognitivo. Foram também analisados dados do *follow-up*, que indicaram uma tendência para a estabilidade do funcionamento cognitivo neste grupo de centenários. Neste sentido, 25% dos participantes apresentaram declínio, 61% estabilidade e 14% melhoria do desempenho cognitivo (Kliegel et al., 2004).

Considerando também a população centenária do estudo de centenários de Heidelberg, Jopp e Rott (2006) avaliaram a capacidade de adaptação aos desafios da longevidade excepcional, ou seja, a sua resiliência. Para tal, avaliaram a felicidade e analisaram a influência de: recursos básicos, como fatores sociodemográficos, cognição, saúde, suporte social e extroversão; crenças autorreferentes, nomeadamente a autoeficácia; e atitudes face ao futuro, especificamente o otimismo. Os resultados indicaram que a maioria dos centenários se sentia feliz, apesar dos constrangimentos em diferentes dimensões do funcionamento. No que respeita aos preditores de felicidade, os autores observaram que apenas a extroversão apresentava um efeito direto na mesma. Para além da extroversão, constatou-se que o suporte social influenciava a felicidade, através do modelo de mediação de autoeficácia. Observou-se também que o facto de ter sido treinado para desempenhar uma profissão se associava negativamente com a felicidade. Verificou-se que a influência de fatores sociodemográficos, cognição e suporte social sobre a felicidade era mediada pelas crenças autorreferentes e atitudes face ao futuro, o que sublinha a importância das autoavaliações para o bem-estar em idades mais avançadas, em detrimento de outros fatores mais objetivos (Jopp & Rott, 2006).

### Estudo de Centenários da Suécia

O Estudo de Centenários da Suécia teve início em 1987, incluindo 100 centenários. O estudo recolheu dados médicos, características psicológicas e sociológicas dos centenários (Hagberg & Samuelsson, 2008). Grande parte dos centenários pertenciam ao sexo feminino (82%), encontravam-se institucionalizados (77%) e apresentavam habilitações literárias reduzidas (inferior a 7 anos de escolaridade) (Hagberg & Samuelsson, 2008). Martin, Hagberg e Poon (1997), desenvolveram um estudo paralelo entre o Estudo de Centenários da Suécia e Geórgia, com o objetivo de identificar fatores preditores de solidão. Considerando a amostra total, incluindo os centenários dos dois estudos, os autores verificaram que 10% dos participantes se sentem frequentemente sozinhos, enquanto 55% referiram nunca ou raramente sentir-se sozinhos (Martin et al., 1997). No que respeita ao estudo da Suécia, a cognição e o suporte social são preditores da solidão. Por outro lado, no estudo de Geórgia, o principal preditor de solidão é o neuroticismo. O suporte social apresenta influências diferentes na solidão entre os dois países, dado que o suporte social é preditor de solidão no estudo da Suécia, e no estudo de Geórgia a solidão surge associada à ausência de suporte social (Martin et al., 1997).

Com base nos dados do estudo da Suécia, os autores Hagberg e Samuelsson (2008) procuraram identificar fatores preditores da longevidade excepcional. Verificou-se que um aumento do risco de mortalidade se encontrava associado ao número de fármacos, diagnóstico de demência e défices auditivos e visuais. Por outro lado, o consumo moderado de vinho e percentagem reduzida de massa gorda encontravam-se associados a uma diminuição do risco de mortalidade (Hagberg & Samuelsson, 2008). No que respeita às variáveis psicológicas, os autores concluíram que a capacidade de compreensão, memória de curto-prazo e capacidade de aprendizagem

consistiam em preditores da longevidade. No entanto, a desorientação, afasia, tempo de reação, traços de personalidade e *locus* de controlo não eram preditores da longevidade. Os autores consideraram ainda variáveis sociológicas. Neste sentido, observaram como preditores da longevidade a prestação de cuidados e satisfação com a vida ocupacional. Por outro lado, o estado marital, habilitações literárias e rede social não se revelaram significativos (Hagberg & Samuelsson, 2008).

## Estudo de Centenários de Geórgia

O estudo de centenários da Geórgia, conduzido por Poon, teve início em 1988 e incluiu 150 centenários com boa saúde física e mental. Os mesmos foram comparados com uma amostra de idosos entre os 60 e 80 anos, relativamente a variáveis como cognição, memória, personalidade, atitudes, espiritualidade e suporte social. A maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino, apresentando habilitações literárias reduzidas, alterações na visão e audição, mantendo um estilo de vida ativo, vivendo sozinho ou com os filhos. No que respeita à saúde percebida, 60% dos centenários considerava a sua saúde boa ou excelente. Relativamente à saúde objetiva, apesar das alterações mencionadas, os exames clínicos confirmaram a manutenção da saúde, não se verificando diferenças significativas entre a saúde dos centenários e de idosos mais novos (Kumon et al., 2009). Na terceira fase do estudo de Geórgia, Hensley et al. (2010), avaliaram a relação entre acontecimentos da história familiar e variáveis como funcionamento cognitivo, independência nas atividades de vida diária, saúde mental e dependência económica. Para tal, recorreram a uma amostra de 318 idosos, incluindo 82 octogenários e 236 centenários. Verificaram que um maior número de filhos se associa a maior envolvimento em atividades diárias, bem como menor perceção de solidão. Também acontecimentos distais parecem ter um impacto significativo na vida dos centenários. Neste sentido, os resultados apoiam a hipótese de que uma saúde pobre na infância se associa a maior perceção de solidão. Os autores afirmam ainda que os traços de neuroticismo e extroversão são preditores de solidão. Assim, níveis superiores de extroversão associam-se a menor perceção de solidão, enquanto níveis superiores de neuroticismo se associam a maior perceção de solidão. Por outro lado, acontecimentos da história de desenvolvimento não parecem associar-se a sintomatologia depressiva, funcionamento cognitivo e estatuto socioeconómico percebido na velhice (Hensley et al., 2010).

Relativamente à saúde dos centenários, Davey, Elias e Siegler (2010), a partir do estudo de Geórgia, recolheram dados relativos ao funcionamento físico e cognitivo, comportamentos de saúde e patologias em 244 idosos com idades entre 98 e 108 anos. Verifica-se uma grande heterogeneidade no que respeita às variáveis consideradas. Os resultados demonstram que o funcionamento físico e cognitivo é superior em homens, residentes na comunidade, bem como em indivíduos com mais habilitações literárias. Verificou-se também que centenários

institucionalizados apresentavam maior número de patologias diagnosticadas, apresentando saúde física e mental pobre (Davey et al., 2010).

Cho, Martin e Poon (2012), recorreram a uma amostra de 306 octogenários e centenários da 3ª fase do estudo de centenários de Geórgia, para avaliar o envelhecimento bem-sucedido em idosos e muito idosos. Quando utilizados critérios objetivos do modelo de Rowe e Kahn (cit. in Cho et al., 2012), apenas 25% dos octagenários e nenhum centenário podiam ser considerados modelos de envelhecimento bem-sucedido. No entanto, considerando variáveis como a saúde subjetiva, estatuto socioeconómico percebido e felicidade, 62.3% dos octagenários e 47.5% dos centenários apresentavam um envelhecimento bem-sucedido. Os mesmos autores, Cho, Martin e Poon (2013), recorreram posteriormente à mesma amostra para avaliar a associação entre variáveis proximais e distais e afeto positivo e negativo, identificando diferenças entre grupos etários. Os resultados indicam que o grupo de octogenários apresenta níveis superiores de afeto positivo, quando comparado com os centenários. No entanto, não se verificaram diferenças significativas entre os dois grupos, no que respeita ao afeto negativo. Relativamente às variáveis proximais, o funcionamento cognitivo encontrava-se associado ao afeto positivo, enquanto que, problemas de saúde se encontravam associados ao afeto negativo. Também no grupo de centenários, não se verificaram relações significativas entre variáveis distais e afeto (Cho et al., 2013).

Também com base no estudo de centenários de Geórgia, Hensley, Martin, Margrett, MacDonald, Siegler e Poon (2012), concentraram-se no estudo das principais experiências de vida e personalidade (os traços avaliados foram neuroticismo, extroversão, confiança, competência e ideais). O principal objetivo do estudo consistiu em avaliar se estas variáveis são preditoras de solidão, numa amostra de 137 centenários. Os resultados indicam que experiências de vida negativas se encontram associadas a maior solidão, bem como a níveis superiores de neuroticismo. Por outro lado, experiências de vida positivas encontram-se associadas a níveis menores de neuroticismo e a menores níveis de solidão. Níveis de competência e extroversão superiores, associam-se também a menor solidão. No que respeita à relação entre as três variáveis, os autores verificaram que a competência medeia a relação entre acontecimentos de vida negativos e solidão (Hensley et al., 2010).

Rosa, Martin, Gondo, Hirose, Ishioka e Poon (2014) analisaram os principais acontecimentos de vida em 543 centenários. O estudo incluiu 239 centenários do estudo de centenários de Geórgia e 304 centenários japoneses do estudo de centenários de Tóquio. Os centenários americanos do sexo masculino referiram, principalmente, acontecimentos relacionados com o trabalho e reforma, enquanto os do sexo feminino se concentraram em experiências associadas à família. Relativamente aos centenários japoneses, os homens referiram aspetos relacionados com o trabalho e a reforma, e as mulheres o casamento, perda e luto. Quando comparados os dois grupos, verifica-se que os centenários do estudo de Geórgia mencionam principalmente acontecimentos positivos relacionados com o casamento ou nascimento de filhos, espiritualidade

e educação, enquanto centenários do estudo de Tóquio relatam eventos não-normativos traumáticos, como a perda de familiares (Rosa, et al., 2014).

### Estudo de centenários de New England

O estudo de centenários de New England teve início em 1994, incluindo 1500 centários de diferentes áreas de Boston. O estudo teve como principal objetivo explorar as características de personalidade e examinar a prevalência de demências, sendo aplicados testes neuropsicológicos. No que respeita à amostra, 85% pertencia ao sexo feminino. Verificou-se uma grande heterogeneidade no que respeita ao estatuto socioeconómico e habilitações literárias. Relativamente ao local de residência, 50% dos centenários encontravam-se institucionalizados, 35% vivia com familiares e 15% residiam sozinhos. Os resultados dos testes aplicados indicaram que 30% dos centenários não evidenciam mudanças significativas nas competências cognitivas. No entanto, 75% apresentava níveis diferenciados de demência, ainda que, 25% demonstrasse manutenção das funções cognitivas (Kumon et al., 2009).

### *Chinese Longitudinal Survey on Health Longevity*

O *Chinese Longitudinal Survey on Health Longevity* teve início em 1998 e incluiu onze cidades selecionadas aleatoriamente (Zeng & Vaupel, 2002). O estudo desenvolveu-se ao longo de 6 fases, permitindo acompanhar o envelhecimento dos participantes. Ao longo das diversas fases, foram realizadas aproximadamente 90.000 entrevistas, sendo realizadas 15.705 entrevistas com centenários, 21.555 com nonagenários e 23506 com octogenários (Zeng, 2012). Os principais objetivos da investigação concentraram-se na recolha de dados sobre saúde, funcionalidade, estatuto socioeconómico e distribuição demográfica dos centenários. O mesmo pretendia também avaliar o impacto de fatores psicológicos, sociais, ambientais e biológicos na longevidade (Zeng, 2012).

Com base nos dados recolhidos durante a primeira fase da investigação, Zeng e Vaupel (2002) procuraram avaliar a capacidade funcional e saúde percebida. Foram identificadas diferenças relativamente ao género e ao meio em que viviam. Neste sentido, os idosos do sexo feminino apresentam maior comprometimento da funcionalidade e saúde percebida. Também idosos que vivem em meio urbano apresentam maior comprometimento da funcionalidade. A funcionalidade, destreza física, cognitiva e bem-estar diminuem progressivamente com o aumento da idade. No entanto, a satisfação com a vida mantém-se constante até aos 94 anos, diminuindo ligeiramente após essa idade (Zeng & Vaupel, 2002).

## Estudo de Centenários de Sardenha

Em Itália, o território de Sardenha distingue-se de outras regiões do país pelo elevado número de centenários, particularmente do sexo masculino. De acordo com o censo de 2001, viviam nesta ilha 187 centenários, dos quais 53 eram homens. Verifica-se a existência de diferenças significativas ao nível da distribuição de género nesta região. Em Sardenha, a proporção entre o sexo feminino e masculino é de 2,7 para 1, sendo em Itália de 5 para 1. Tendo em consideração que a população de Sardenha viveu isolada durante vários séculos, o *National Institute on Aging* deu início, em 1997, ao estudo genético desta população. O principal objetivo do estudo concentrou-se em investigar a possível relação entre fatores genéticos e a longevidade excecional (Kumon et al., 2009). Caselli e Lipsi (2006), procuraram identificar as áreas geográficas com menor percentagem de mortalidade, comparando regiões de Sardenha e Itália no que respeita às causas de mortalidade, bem como a percentagem de mortalidade em homens e mulheres, identificando potenciais fatores de risco. Verificou-se que a região de Nuoro, em Sardenha, apresenta a menor percentagem de mortalidade após os 80 anos, sendo esta a área geográfica com maior percentagem de centenários. Os centenários da região de Sardenha apresentam menor risco de doenças cardiovasculares. Os resultados apontam também para a existência de um fator genético ou ambiental que contribui para a reduzida mortalidade de homens centenários em Sardenha. A investigação de Caselli et al. (2006), na qual foram reconstruídas árvores genealógicas de centenários com mais de 105 anos, corrobora a hipótese da consanguinidade. Neste sentido, a longevidade tende a ocorrer entre familiares de um ramo particular, o que aponta para que fatores biológicos possam ter uma influência importante na longevidade excecional (Caselli, et al., 2006).

## Estudo de Centenários de Sydney

Relativamente ao estudo de centenários de Sydney, este trata-se de um estudo longitudinal, que teve início em 2006 e pretende avaliar a saúde física e mental deste grupo de idosos (Levitan et al., 2010). Os participantes apresentavam idades entre os 95 e 106 anos (média de idades de 97.4), sendo 70.5% do sexo feminino. A média de resultados do MMSE foi de 21.1, sendo que 20% dos participantes apresentava evidências de demência. A amostra apresentava níveis baixos de *distress* e níveis elevados de satisfação com a vida (Levitan, et. al, 2010).

Law, Richmond e Kay-Lambkin (2014) avaliaram o perfil de personalidade de uma subamostra de 79 centenários do estudo de Sydney. Na generalidade, os indivíduos apresentavam níveis reduzidos de abertura e extroversão, e níveis elevado de neuroticismo. Análises posteriores revelaram também níveis inferiores de abertura, mas elevados de extroversão, neuroticismo e conscienciosidade. Tendo em consideração os resultados obtidos, os autores defendem que a personalidade não é um constructo estático, apresentando alterações ao longo das circunstâncias de vida (Law et al., 2014).

## Estudo de Centenários da Polónia

Também na Polónia, os autores Mossakowska et al. (2014) se dedicaram ao estudo de centenários. O seu estudo baseou-se nos dados do Programa Polaco de Centenários, desenvolvido em 2007, incluindo 340 centenários. A investigação teve como objetivo avaliar o funcionamento físico e cognitivo enquanto preditores não genéticos da longevidade. Os resultados obtidos pelos autores indicam que bom funcionamento físico (avaliado através da funcionalidade) e cognitivo se encontram associados a maior longevidade (Mossakowska, et al., 2014).

## Estudo de Centenários de Fordham

O estudo de centenários de Fordham teve início em 2010 e pretende descrever a experiência de vida de pessoas com mais de 100 anos, evidenciando os principais desafios e potencialidades desta fase da vida, bem como identificar características individuais e ambientais que possam contribuir para o bem-estar na velhice avançada (Jopp, 2016). O estudo integrou uma amostra de 119 idosos com idades entre os 95 e 107 anos (Jopp, 2016). Os autores Jopp, Park, Lehrfeld e Paggi (2016), com base nos dados do estudo de Fordham, procuraram avaliar o funcionamento físico, cognitivo, social e mental, bem como identificar preditores de saúde mental em centenários. De acordo com os resultados obtidos, os centenários apresentam múltiplas patologias físicas, sendo que um quinto da amostra relata entre sete a onze problemas de saúde. No entanto, apesar das limitações na saúde física objetiva, 67% dos participantes refere ter uma saúde boa ou excelente (Jopp et al., 2016). No que respeita às atividades da vida diária, apenas 17% dos centenários indicaram não ter dificuldade na realização das mesmas. Relativamente ao funcionamento cognitivo, 93% dos centenários apresentam limitações restritas, ou ausência de limitações cognitivas. A amostra em estudo apresentou também saúde mental elevada, sendo que 72% e 66% dos centenários reportaram ausência ou poucos sintomas depressivos, e satisfação com a vida moderada a muito elevada, respetivamente. No entanto, no que respeita ao suporte social, os autores verificaram que 51% dos centenários apresentavam risco de isolamento. O modelo de regressão múltipla indica que a saúde percebida, atividades instrumentais da vida diária e suporte social familiar permitem explicar as diferenças relativamente à sintomatologia depressiva. Por outro lado, saúde percebida, número de filhos vivos e atividades básicas da vida diária são preditores da satisfação com a vida (Jopp et al., 2016).

## PT100- Estudo de Centenários do Porto

No contexto português, o PT100 - Estudo de Centenários do Porto é o primeiro estudo sistemático sobre a população centenária. O PT100 integra também o Consórcio Internacional de Centenários, sendo realizado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e coordenado pelo Prof. Dr. Óscar Ribeiro. O estudo teve início em 2010, tendo sido realizadas 241 entrevistas a centenários e seus familiares (140 entrevistas na região do Porto e 101 entrevistas na área

geográfica da Beira Interior). O PT100 almeja caracterizar os centenários portugueses, avaliando o seu estado de saúde (física e mental), funcionalidade, suporte social, história de vida, residência, personalidade e estatuto socioeconómico, entre outras variáveis.

Araújo, Ribeiro, Teixeira e Paúl (2015), com base nos dados do PT100, procuraram identificar semelhanças nos perfis de envelhecimento de 80 centenários, de modo a avaliar a influência de fatores sociodemográficos e recursos psicológicos, sociais e económicos no envelhecimento bem-sucedido. De acordo com os resultados obtidos, os autores afirmam que a manutenção da saúde, autonomia e envolvimento ativo considerados noutros modelos de envelhecimento bem-sucedido não são adequados à população centenária, devido à presença de patologia e perda de funcionalidade. Os autores verificaram também que centenários do sexo feminino, bem como centenários institucionalizados tinham menor probabilidade de apresentar um envelhecimento bem-sucedido. Por outro lado, a autoeficácia, manutenção de um propósito de vida e perspetiva de futuro, persistência, satisfação com suporte social e perceção de uma condição económica estável, são preditores de envelhecimento bem-sucedido. Também no âmbito do envelhecimento bem-sucedido, Araújo et al. (2015a) avaliaram um grupo de centenários, com base em critérios objetivos e subjetivos de envelhecimento bem-sucedido. A comparação dos perfis objetivos e subjetivos, revelou que uma percentagem superior de centenários considerava o seu envelhecimento como bem-sucedido, apesar de esse resultado não ser comprovado segundo os critérios objetivos. Tal corrobora os resultados do estudo anterior, apontando para que os modelos tradicionais de envelhecimento bem-sucedido não pareçam ser adequados para os centenários. Os autores sublinham a necessidade de definição de critérios subjetivos adequados para a avaliação do envelhecimento bem-sucedido em centenários, bem como uma definição mais ampla do constructo, que possa ser adaptada a populações mais velhas e com mais limitações funcionais (Araújo et al., 2015a).

## Consórcio Internacional de Centenários (ICC)

Após o surgimento dos primeiros estudos dedicados à população centenária, investigadores de diferentes países criaram Consórcio Internacional de Centenários (*International Centenarian Consortium*- ICC). O Consórcio foi criado em 1994, com o objetivo de promover a troca de conhecimentos e informações sobre esta população, potenciar o aumento de publicações sobre esta temática e o desenvolvimento de projetos de investigação conjuntos. A primeira reunião foi ainda realizada em 1994, encontrando-se presentes representantes dos estudos de centenários de França, Geórgia, Hungria, Japão e Suécia (International Centenarian Consortium, 2016).

Atualmente, o Consórcio integra os estudos de centenários dos seguintes países: Dinamarca, França, Estados Unidos, Alemanha, China, Hungria, Coreia, Japão, Austrália e Portugal (International Centenarian Consortium, 2016). O ICC facilitou até à data a colaboração entre investigadores de diferentes países, permitindo a realização de estudos comparativos (e.g., Martin et al., 1997; Rosa et al., 2014). O ICC promove também a realização de reuniões anuais

entre os membros dos vários países, com o objetivo de apresentar, debater e refletir acerca das investigações mais recentes (International Centenarian Consortium, 2016).

## 2. Resiliência

### 2.1. Caracterização do constructo

O termo resiliência foi pela primeira vez utilizado na física, descrevendo a qualidade elástica dos materiais, substâncias ou organismos (Dyer & McGuinness, 1996). Contudo, a utilização do termo não ficou circunscrita a esta área científica, sendo utilizado em várias disciplinas como refletindo a capacidade de um sistema suportar ou recuperar de adversidades (Garcia-Dia, DiNapoli, Garcia-Ona, Jakubowski, & O'Flaherty, 2013; Kessel, 2013; Oliveira, Reis, Zanelato, & Neme, 2008; Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2011).

Posteriormente, o conceito resiliência foi também introduzido na Psicologia, ao serem consistentemente observadas diferenças interindividuais na resposta a desafios desenvolvimentais. Neste sentido, ao longo do ciclo de vida, os indivíduos são expostos a múltiplos acontecimentos adversos, no entanto, apresentam respostas e competências de adaptação díspares (Bonanno, 2008; Mancini & Bonanno, 2009). Observou-se que muitos indivíduos processam eventos potencialmente traumáticos num curto espaço de tempo, sem exibirem disrupções significativas no funcionamento social ou ocupacional (Bonanno, 2008; Fletcher & Sarkar, 2013; Mancini & Bonanno, 2009). Para além da capacidade de adaptação a circunstâncias adversas, alguns autores verificaram ainda que a exposição à adversidade potencia as competências de gestão de *stress*, promovendo a resistência dos indivíduos (Rutter, 2006). Assim, o termo resiliência foi utilizado para descrever a capacidade de os indivíduos superarem situações ou acontecimentos adversos (Dyer & McGuinness, 1996; Fletcher & Sarkar, 2013; Hildon, Smith, Netuveli, & Blane, 2008). Neste sentido, um indivíduo pode ser considerado resiliente quando apresenta evidências de adaptação positiva, em circunstâncias nas quais seriam esperadas consequências negativas. No entanto, este termo não deve ser entendido de modo linear, mas sim como o resultado de uma interação complexa entre fatores individuais, relacionais e ambientais, que permitem uma adaptação positiva (Oliveira et al., 2008; Reppold et al., 2011).

A introdução deste termo potenciou uma mudança de paradigma na investigação psicológica. Até a resiliência ser considerada uma variável de interesse, a investigação centrava-se na análise de fatores de risco, adversidade e psicopatologia. Posteriormente, a investigação dedicou-se também ao estudo das competências individuais, comportamentos adaptativos e fatores protetores, que permitem a adaptação positiva (Fletcher & Sarkar, 2013; Richardson, 2002; Truffino, 2010).

Alguns autores identificam determinadas ambiguidades teóricas relativamente à definição da resiliência enquanto constructo psicológico (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010; Zeng & Shen, 2010), nomeadamente, quanto ao nível e tipologia de risco que deve ser experienciado para que um indivíduo possa ser considerado resiliente. Observam-se também divergências em

relação às competências que a pessoa deve adquirir, de modo a que seja identificada uma adaptação positiva (Davydov et al., 2010). Assim, importa atender à definição do constructo resiliência, uma vez que as definições permitem esclarecer limites teóricos, bem como natureza, direção e validade dos estudos (Fletcher & Sarkar, 2013; Hu, Zhang, & Wang, 2015; Kessel, 2013).

A resiliência, enquanto constructo psicológico, caracteriza a capacidade de um indivíduo ultrapassar com relativo sucesso, ou até prosperar, em situações adversas, que constituem um risco ao seu desenvolvimento, saúde ou bem-estar (Ong, Bergeman, & Boker, 2009; Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004; Reppold et al., 2011; Zeng & Shen, 2010). Trata-se de um processo dinâmico de interação entre fatores que promovem a adaptação positiva e fatores de risco associados à adversidade (Earvolino-Ramirez, 2007; Larkin, 2013; Terte, Stephens, & Huddleston, 2014). O termo resiliência não significa apenas a ausência de perturbação, constituindo um processo efetivo de negociação, adaptação ou gestão de *stress* ou trauma (Windle, 2011). A resiliência envolve a capacidade de obter resultados positivos em situações adversas, manter um nível de funcionamento competente em situações de *stress* agudo ou crónico, bem como de recuperação do trauma (Truffino, 2010). Deste modo, a resiliência é considerada uma importante componente do ajustamento psicossocial bem-sucedido, encontrando-se associada à saúde mental (Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian, & Brähler, 2010; Hu et al., 2015; Liu, Wang, Zhou, & Li, 2014; Perna et al., 2012; Pietrzak & Cook, 2013; Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012).

Simultâneo ao debate sobre a definição de resiliência, verificam-se também divergências quanto à sua conceptualização. Têm sido conduzidas análises conceptuais que evidenciam antecedentes, consequentes e atributos da resiliência (Fletcher & Sarkar, 2013).

A definição de resiliência baseia-se em dois conceitos nucleares: adversidade e adaptação positiva. Deste modo, verifica-se que o antecedente da resiliência é a própria adversidade, sendo o seu consequente a adaptação positiva (Dyer & McGuinness, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Garcia-Dia et al., 2013; Windle, 2011). Assim, para que a resiliência seja demonstrada, a adversidade e a adaptação positiva devem ser evidentes (Fletcher & Sarkar, 2013; Oliveira et al., 2008; Ong, Bergeman, Bisconti, & Wallace, 2006; Ong et al., 2009).

O conceito de adversidade implica a noção de risco ou ameaça (Abbema et al., 2015; Dyer & McGuinness, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007). Segundo Luthar, Cicchetti e Becker (2000), a adversidade envolve circunstâncias de vida negativas, que podem resultar em dificuldades no ajustamento psicossocial. No entanto, outros autores adotam uma definição menos rigorosa, defendendo que a adversidade corresponde a qualquer dificuldade ou sofrimento associado a *stress* ou trauma, podendo corresponder a dificuldades, mudanças ou disrupções do dia-a-dia (Fletcher & Sarkar, 2013; Hu et al., 2015). Deste modo, o contexto da adversidade pode ser biológico, psicológico, económico ou social, e ter um carácter negativo ou positivo. Eventos comumente percebidos como positivos (e.g., promoção ou o nascimento de um neto), podem

também ser circunstâncias de desafio e mudança, podendo constituir-se como antecedentes de resiliência (Garcia-Dia et al., 2013; Mancini & Bonanno, 2009; Ong et al., 2009; Windle, 2011).

Por outro lado, a adaptação positiva ocorre quando o indivíduo consegue gerir ou recuperar de uma adversidade e essa recuperação é benéfica ou efetiva, contribuindo para uma perceção de mestria e promoção de autoeficácia. De modo a avaliar a adaptação positiva, devem ser tidos em consideração a natureza da adversidade e o contexto sociocultural do indivíduo. Deste modo, os consequentes do processo de resiliência não correspondem necessariamente a um resultado excecional, mas refletem um desenvolvimento ou grau de funcionamento normal, ou melhor que o esperado, tendo em conta a exposição à adversidade (Abbema et al., 2015; Earvolino-Ramirez, 2007; Fletcher & Sarkar, 2013; Garcia-Dia et al., 2013; Mancini & Bonanno, 2009; Windle, 2011).

### Concetualização da resiliência

A investigação sobre resiliência tem seguido diferentes linhas. Assim, emerge entre os teóricos da resiliência um importante debate acerca da sua concetualização enquanto resultado, traço de personalidade ou processo (Fletcher & Sarkar, 2013; Perna, et al., 2012; Truffino, 2010).

Quando compreendida como um resultado, a resiliência é vista como uma consequência positiva após um acontecimento adverso. A presente concetualização concentra-se na adaptação bem-sucedida apesar do risco, *stressores* agudos ou adversidades crónicas (Hu et al., 2015; Liu et al., 2014; Mancini & Bonanno, 2009).

Por outro lado, quando concetualizada como um traço, é sugerida uma constelação de características que permitem aos indivíduos adaptar-se à adversidade, conduzindo ao ajustamento e desenvolvimento psicossocial. Deste modo, a resiliência é percebida como uma característica da personalidade que modera os efeitos negativos do *stress* e promove a adaptação (Bonanno, 2008; Earvolino-Ramirez, 2007; Hicks & Conner, 2014; Leipold & Greve, 2009; Liu et al., 2014; Luthar, Sawyer, & Brown, 2006; Ong et al., 2006; Wagnild, 2003). Neste âmbito, a investigação sobre resiliência concentra-se na identificação de características individuais associadas a uma maior resistência, face ao impacto de situações adversas (Fletcher & Sarkar, 2013).

Uma terceira linha de investigação centra-se nos processos que permitem aos indivíduos exibir comportamentos resilientes. Esta perspetiva considera que a resposta à adversidade pode ser percebida num *continuum* vulnerabilidade-resiliência. Entende-se por vulnerabilidade a predisposição para o desenvolvimento de psicopatologia ou comportamentos desadaptativos (Pesce et al., 2004). Por sua vez, a resiliência é concetualizada como sendo o processo que permite ultrapassar e até prosperar perante adversidades, sendo influenciado por qualidades psicológicas e fatores externos que atuam como amortecedores contra a adversidade, permitindo

o desenvolvimento de comportamentos positivos (Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1995; Truffino, 2010; Windle, 2011).

Enquanto processo, a resiliência constitui um fenómeno dinâmico amplamente influenciado por fatores protetores e fatores de risco, que permitem modificar o efeito da adversidade (Bonanno, 2008; Hicks & Conner, 2014; Kessel, 2013; Leipold & Greve, 2009; Liu et al., 2014; Luthar et al., 2006; Rutter, 2006; Windle, 2011).

Os fatores de risco influenciam negativamente a capacidade de resiliência, uma vez que potenciam as vulnerabilidades dos indivíduos. Deste modo, os fatores de risco encontram-se associados a uma probabilidade aumentada de disfunções no funcionamento do indivíduo (Pesce et al., 2004; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Os fatores de risco podem ser categorizados como individuais, interpessoais ou contextuais, pelo que, a sua origem pode ser interna (e.g., componente genética) ou externa (e.g., condições psicossociais). Os principais fatores de risco identificados na literatura são a exposição a múltiplas adversidades, o significado atribuído à adversidade e o carácter crónico da mesma (Oliveira et al., 2008; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

Por sua vez, os fatores protetores compreendem competências pessoais ou circunstâncias ambientais que promovem a capacidade de responder positivamente à adversidade, alterando ou reduzindo os seus efeitos (Rutter, 2006; Staudinger et al., 1995). De forma a modificar os efeitos da adversidade, os fatores protetores desempenham as seguintes funções: 1) modificar a exposição do indivíduo à adversidade, permitindo uma redução dos riscos; 2) reduzir as reações negativas face à adversidade; 3) manter ou promover a autoestima e autoeficácia do indivíduo; 4) criar oportunidades de desenvolvimento, promovendo a adaptação positiva (Pesce et al., 2004; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

São vários os autores que se dedicaram à identificação de fatores protetores. No entanto, importa ressaltar que, apesar de ser possível identificar fatores protetores específicos, os mesmos não são universais. Verificam-se diferenças entre diferentes indivíduos, pelo que, fatores protetores presentes ou benéficos para um indivíduo podem não estar presentes ou não ser benéficos para outro (Dyer & McGuinness, 1996; Earvolino-Ramirez, 2007; Fletcher & Sarkar, 2013). Os fatores protetores variam contextualmente (de situação para situação) e temporalmente (ao longo da vida do indivíduo). Assim, apesar de um determinado fator poder constituir um mecanismo de proteção numa fase do ciclo de vida, pode, num outro momento, não ter qualquer influência no indivíduo, ou até constituir um fator de risco (Abbema et al., 2015; Hu et al., 2015; Reppold et al., 2011; Rutter, 2006; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015; Windle, Bennett, & Noyes, 2011).

Considerando o exposto, observa-se que a resiliência é um fenómeno complexo que ultrapassa a simples caracterização. Deste modo, os fatores que se associam à resiliência parecem convergir em mecanismos comuns, no entanto, estes não são exaustivos nem definitivos (Mancini &

Bonanno, 2009). A resiliência é um processo interativo e heterógeno, podendo ser alcançado através de diversas formas. Apenas considerando a interação de múltiplos fatores de risco e fatores protetores é possível compreender o processo através do qual a resiliência opera (Rutter, 2006). Esta conceitualização permite o desenvolvimento de intervenções com o objetivo de promover a resiliência dos indivíduos, bem como, a possibilidade de os seus resultados serem avaliados empiricamente (Earvolino-Ramirez, 2007; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015).

## 2.2. Atributos de Resiliência

Como mencionado, os fatores protetores da resiliência não são universais, mas sim contextuais, situacionais e individuais, pelo que, não existe apenas uma forma de manter o nível de funcionamento após uma adversidade, mas sim múltiplos caminhos que conduzem à resiliência (Bonanno, 2008; Truffino, 2010). No entanto, foi possível identificar ao longo literatura revista, um conjunto de fatores consistentemente associados a resultados resilientes, estes são (Davydov et al., 2010; Earvolino-Ramirez, 2007; Garcia-Dia et al., 2013; Windle, Markland, & Woods, 2008):

1. Reintegração: a capacidade de recuperar face à adversidade, exibindo uma adaptação positiva. A adaptação envolve a integração do acontecimento negativo na história de vida do indivíduo.

2. Autodeterminação: envolve um sentimento de autonomia e mestria; encontra-se intrinsecamente associada à motivação do indivíduo, potenciando um foco no alcance de metas e objetivos;

3. Suporte social: a existência de relações sociais significativas tem um papel essencial na manutenção do bem-estar dos indivíduos, permitindo diminuir o impacto de acontecimentos negativos. Para que seja efetivo, é importante que o indivíduo perceba a sua rede de suporte social como saudável e de qualidade;

4. Flexibilidade: corresponde à capacidade de adaptação dos indivíduos, face a diferentes circunstâncias de vida;

5. Autoestima, autoeficácia, estratégias de resolução de problemas, autoconfiança e autocontrolo são também fatores frequentemente observados em indivíduos resilientes.

## 2.3. Resiliência: conceitos relacionados

O conceito resiliência é, frequentemente, associado a outros conceitos similares. No entanto, este constitui um conceito único na área da psicologia. Deste modo, aprez refletir acerca dos conceitos com os quais tem sido relacionado, de modo a identificar o seu carácter singular. Ao

longo da revisão da literatura efetuada, foi possível verificar que a resiliência é por vezes referida (ou considerada como intermutável) com os constructos invulnerabilidade e invencibilidade, *hardiness*, ego resiliente e *coping*.

A origem do conceito resiliência remonta para a literatura psiquiátrica, na qual era utilizado para caracterizar crianças descritas como invulneráveis à adversidade. Deste modo, os termos invulnerabilidade e invencibilidade eram usados de modo intermutável, para descrever o conceito atualmente designado por resiliência (Abbema et al., 2015; Gurgel, Plentz, Joly, & Reppold, 2013; Navarro-Pardo et al., 2015; Oliveira et al., 2008; Truffino, 2010). No entanto, invulnerabilidade e invencibilidade implicam resistência absoluta face ao impacto de acontecimentos adversos. Por outro lado, a resiliência não corresponde a resistência, mas sim a uma resposta de adaptação positiva (Dyer & McGuinness, 1996; Oliveira et al., 2008; Truffino, 2010).

No que respeita ao constructo *hardiness*, este é um traço de personalidade que auxilia na gestão da adversidade, no entanto, não pressupõe uma adaptação positiva face à adversidade. Já o termo ego resiliente é também um traço de personalidade que se associa a níveis elevados de otimismo e capacidade de gestão de problemas. Contudo, a noção de ego resiliente não prevê a necessidade de exposição à adversidade. Deste modo, a resiliência distingue-se destes constructos uma vez que constitui um processo que exige a exposição à adversidade e, conseqüente, adaptação positiva relativamente à mesma (Bonanno, 2008; Earvolino-Ramirez, 2007; Fletcher & Sarkar, 2013; Leipold & Greve, 2009; Ong et al., 2009).

Como referido, o processo de resiliência resulta da operação de mecanismos de adaptação, pelo que, este constructo tem sido frequentemente associado ao de *coping*. Leipold e Greve (2009) defendem que o fenómeno de resiliência é explicado através de processos de *coping*, afirmando que a diferença entre os dois constructos é apenas hierárquica e não empírica. No entanto, Fletcher e Sarkar (2013) defendem que estes são concetualmente distintos. As principais diferenças residem no facto de a resiliência influenciar o modo como a adversidade é percebida, enquanto o *coping* corresponde às estratégias que o indivíduo utiliza após a avaliação do acontecimento. O resultado das estratégias de *coping* pode ser positivo ou negativo, pelo que, não implica uma adaptação positiva face ao acontecimento ou circunstância adversa (Fletcher & Sarkar, 2013).

## 2.4. Metateoria de Resiliência

Foram desenvolvidas diversas teorias de resiliência, diferindo quanto à população alvo e principais fatores explicativos (Fletcher & Sarkar, 2013). Richardson (2002) é o autor da metateoria da resiliência, que pode ser utilizada para explicar o processo de resiliência face a diferentes tipos de adversidade. A presente teoria pode também ser utilizada em níveis de

análise individual, familiar ou comunitário, incluindo conhecimentos teóricos de diferentes áreas científicas.

A metateoria da resiliência foi desenvolvida com o objetivo de explicar o processo de resiliência, segundo a qual, a partir adversidades originadas de eventos de vida inesperados ou planejados, os indivíduos podem exibir resultados de resiliência ou vulnerabilidade. Richardson (2002) postula que o processo de resiliência tem início num estado de equilíbrio biopsicoespiritual, no qual o indivíduo se encontra adaptado às suas circunstâncias de vida. No entanto, num determinado momento da vida do indivíduo, esse equilíbrio é posto em causa por adversidades que podem ter origem interna ou externa, bem como um carácter positivo ou negativo. Face à adversidade, o indivíduo iniciará um processo de reintegração, através da interação dinâmica entre fatores de risco e fatores protetores, que podem ser individuais, ambientais ou relacionais. A partir do processo de reintegração, podem ser alcançados diferentes resultados que se situam num *continuum*: 1) Reintegração resiliente, na qual a adaptação face à adversidade permite que o indivíduo prospere e desenvolva novas competências, alcançando um nível de equilíbrio e funcionamento superior; 2) Reintegração homeostática, na qual o indivíduo supera com sucesso a adversidade, mantendo o seu nível de equilíbrio e funcionamento; 3) Reintegração com perda, na qual o indivíduo já não exibe um resultado resiliente, manifestando perda de fatores protetores e um nível inferior de homeostase; 4) Reintegração disfuncional, na qual o indivíduo apresenta uma resposta de vulnerabilidade e adaptação negativa face à adversidade, exibindo comportamentos disruptivos (Richardson, 2002).

## 2.5. Perspetiva histórica acerca da investigação sobre resiliência

Segundo Richardson (2002), a história da investigação em resiliência pode ser dividida em três fases. Na primeira fase, o principal objetivo da investigação pretendia dar resposta à seguinte questão: quais as características das pessoas que prosperam face à adversidade? Deste modo, os primeiros investigadores desta área procuravam identificar as características internas e externas que permitiam aos indivíduos adaptar-se positivamente à adversidade.

Nesta linha, Garmezy (1960) (cit. in Garcia-Dia et al., 2013) é considerado um dos pioneiros da investigação em resiliência na área da psicologia. O seu trabalho foi desenvolvido a partir de uma investigação anterior sobre psicopatologia em crianças de meios desfavoráveis. Neste sentido, Garmezy observou que apesar das condições adversas, muitas crianças demonstravam evidências de competência psicológica, o que levou o autor a questionar o motivo pelo qual determinados indivíduos conseguem adaptar-se positivamente a situações adversas e outros não. Segundo o mesmo, a presença de recursos internos permitia contrabalançar o efeito da adversidade, promovendo a adaptação positiva (Garcia-Dia et al., 2013; Johnston et al., 2015; Richardson, 2002).

E. James Anthony (cit in. Reppold et al., 2011) publicou em 1970 os estudos prospetivos relativos ao impacto da psicopatologia dos pais em crianças. De acordo com os resultados obtidos, apesar dos fatores adversos, algumas crianças apresentavam um desenvolvimento emocional e social saudável. Face a estas conclusões, Anthony (1970, cit. in Reppold et al., 2011) introduziu o termo invulnerabilidade para descrever a adaptação positiva na presença de adversidade.

Posteriormente, na década de 80, Warner e Smith (cit. in Earvolino-Ramirez, 2007) publicaram um estudo longitudinal, que constitui um dos principais pontos de referência da investigação em resiliência. No estudo longitudinal, os autores acompanharam o desenvolvimento de 505 indivíduos da ilha de Kauai, nascidos em 1955. Foi analisado o impacto a longo prazo de diferentes acontecimentos adversos, como divórcio, alcoolismo ou doença mental de um ou ambos os pais. De acordo com os resultados, cerca de dois terços desenvolveram problemas individuais ou relacionais na adultez, no entanto, um terço apresentou um desenvolvimento normativo. Após a apresentação destes resultados, o estudo sobre resiliência concentrou-se progressivamente na identificação de fatores protetores, aparentemente comuns a todos os indivíduos resilientes (Earvolino-Ramirez, 2007; Garcia-Dia et al., 2013; Reppold et al., 2011; Richardson, 2002).

Desde o início da década de 90, devido à aceitação da concetualização da resiliência como um processo, o foco da investigação concentrou-se na compreensão do processo através do qual os indivíduos obtêm resultados resilientes (Fletcher & Sarkar, 2013). Tal corresponde ao que Richardson (2002) caracteriza como a segunda fase da investigação sobre resiliência.

Atualmente, o foco da investigação parece concentrar-se no desenvolvimento de programas de intervenção e promoção de resiliência, que possam ser empiricamente testados (Fletcher & Sarkar, 2013). Esta mudança reflete o que Richardson (2002) apresenta como terceira fase da investigação sobre resiliência.

### 3. Avaliação da resiliência

As ambiguidades expostas relativamente à definição concetual da resiliência, têm originado também alguns desafios no que respeita à sua definição operacional (Hu et al., 2015; Johnston et al., 2015; Oliveira et al., 2008). As definições operacionais permitem medir um determinado constructo. No que respeita à definição operacional da resiliência, apesar das divergências na literatura, esta foca-se nos resultados positivos obtidos, ou a sua ausência, após exposição à adversidade (Mancini & Bonanno, 2009; Truffino, 2010; Windle, 2011; Windle et al., 2011).

Considerando as características do processo de resiliência, é possível identificar diversos obstáculos na sua avaliação. Neste sentido, importa reter que a exposição a determinados fatores de risco pode ter um efeito paradoxal e promover a resistência do indivíduo face a situações adversas semelhantes. O facto de os fatores protetores não terem um carácter universal tem também importantes implicações para a avaliação da resiliência. Neste sentido, determinados fatores podem ter um efeito protetor em circunstâncias adversas, mas apresentar um carácter neutro ou negativo na ausência de adversidade. Atendendo ao carácter dinâmico da resiliência, importa reter que o mesmo indivíduo pode apresentar resultados resilientes num domínio do seu funcionamento e comportamentos de risco noutras dimensões. Por outro lado, o facto de um indivíduo exibir resiliência num momento da sua vida, não implica que a resiliência se mantenha noutra fase do ciclo de vida (Reppold et al., 2011).

Para além dos desafios mencionados, é também referido por alguns autores que avaliação da resiliência não deve considerar apenas o resultado, mas atender também à própria adversidade, considerando assim aspetos individuais e contextuais. Sendo o envelhecimento um período marcado por inúmeras alterações físicas, emocionais e funcionais, é importante, na avaliação da resiliência nesta faixa etária, analisar o carácter da adversidade, bem como o que pode ser considerado um resultado positivo (Reppold et al., 2011; Rutter, 2006).

Com base na literatura revista, verificou-se que a resiliência é essencialmente avaliada através de dois métodos: indiretos e diretos.

#### 3.1. Avaliação indireta da resiliência

Os principais métodos de avaliação da resiliência diferem quando à população-alvo e contexto. No entanto, a maioria recorre a domínios concetuais semelhantes. Entre esses domínios, encontram-se diferentes constructos psicológicos, como a autoestima, autoeficácia, *locus* de controlo, entre outros. De acordo com a investigação disponível, considera-se que os domínios concetuais utilizados para avaliar a resiliência se encontram relacionados com a mesma. Assim, alguns autores defendem que a resiliência dever ser avaliada indiretamente, ou seja, através da avaliação de dimensões relacionadas, como o bem-estar subjetivo ou a ausência de

sintomatologia depressiva (Davydov et al., 2010; Liu et al., 2014; Luthar et al., 2006; Windle et al., 2008; Yang & Wen, 2014).

Neste sentido, por exemplo, o estudo longitudinal de Berlim sobre o envelhecimento (estudo BASE), para a avaliação da resiliência, considerou a satisfação com o envelhecimento um indicador de resiliência, bem como a presença de sintomatologia depressiva um indicador de não resiliência (Staudinger, Freund, Linden, & Maas, 2001). Também Hardy, Concato e Gil (2004) defendem que a resiliência não pode ser diretamente observada, mas sim inferida a partir da adaptação positiva à adversidade. Segundo os mesmos autores, a independência nas atividades de vida diária, ausência de sintomatologia depressiva e autoestima positiva seriam indicadores de resiliência.

### 3.2. Escalas de avaliação da resiliência

Por outro lado, foram também desenvolvidos vários instrumentos psicométricos de avaliação da resiliência. Tendo em consideração a diversidade de instrumentos disponíveis, destacam-se na literatura a *Resilience Scale*, a *Brief Resilience Coping Scale* e a *Connor-Davidson Resilience Scale*.

A *Resilience Scale* foi desenvolvida por Wagnild & Young's em 1988 e permite avaliar a resiliência, que é considerada uma característica da personalidade. Os seus itens foram construídos a partir de um estudo qualitativo com 24 mulheres entre os 67 e 92 anos, que apresentavam evidências de adaptação positiva após um acontecimento adverso (Wagnild & Young, 1993). Para a validação da escala, foi desenvolvido um estudo piloto com 39 estudantes de enfermagem. A escala é composta por 25 itens que contêm uma escala de *likert* com 7 pontos. Estudos iniciais indicam uma consistência interna de 0.89 (Wagnild & Young, 1993). A escala demonstrou posteriormente indicadores de fidedignidade e validade de constructo em estudos com adolescentes, jovens adultos, adultos e idosos até aos 95 anos. No entanto, não se verificam estudos de validação para populações de centenários (Cosco, Kaushal, Richards, Kuh, & Stafford, 2016).

Sinclair e Wallston apresentaram em 2004 a *Brief Resilient Coping Scale*. A mesma permite avaliar a resiliência enquanto capacidade para gerir adaptativamente eventos adversos. É composta por 4 itens que apresentam uma escala de *likert* com 5 pontos (Sinclair & Wallston, 2004). Os itens desenvolvidos foram inicialmente testados em duas amostras, uma constituída por 90 mulheres com artrite reumatóide, sendo a média de idades desta amostra 46 anos. A segunda amostra incluiu 140 indivíduos (73% do sexo feminino) com artrite reumatóide, apresentando uma média de idade correspondente a 57.8 anos. O estudo inicial revelou uma consistência interna de 0.69 (Sinclair & Wallston, 2004). Apenas um estudo se dedicou à análise das características psicométricas da *Brief Resilient Scale* em populações idosas, obtendo valores de consistência interna de 0.83 (Cosco et al., 2016).

A *Connor-Davidson Resilience Scale* foi apresentada em 2003 pelos autores K. Connor e R. Davidson. A escala permite avaliar a resiliência enquanto uma capacidade de gestão de *stress* e *coping*, que pode ser exibida em circunstâncias adversas. Compreende 25 itens, que incluem uma escala de *likert* de 5 pontos (Connor & Davidson, 2003). Os itens foram desenvolvidos com base nos trabalhos de diversos autores, e validados numa amostra com 806 sujeitos, incluindo indivíduos da população geral, pacientes psiquiátricos em ambulatório e sujeitos de um estudo sobre perturbação de ansiedade generalizada e perturbação de *stress* pós-traumático. A maioria dos participantes pertencia ao sexo feminino (65%), apresentando uma média de idades de 43.8 anos. A consistência interna obtida na validação do instrumento foi de 0.89 (Connor & Davidson, 2003). Lamond et al. (2008, cit. in Cosco et al., 2016), bem como Goins, Gregg e Fiske (2013, cit. in Cosco et al., 2016), procuraram validar a escala em populações idosas, obtendo um valor de consistência interna de 0.92 e 0.93, respetivamente.

Relativamente à avaliação da resiliência em pessoas mais velhas, verifica-se que, apesar de serem escassos os instrumentos de avaliação especificamente construídos para idosos, tem-se verificado nos últimos anos um esforço para validar instrumentos pré-construídos a esta população (Gurgel et al, 2013). No entanto, as amostras utilizadas para a validação dos instrumentos não incluem a centenários.

No que respeita à avaliação da resiliência em centenários, Zeng e Shen (2010) desenvolveram um *score* de resiliência simplificado, a partir de questões disponíveis no *Chinese Longitudinal Health Longevity Survey*. As questões selecionadas tiveram em consideração o enquadramento da *Connor-Davidson Resilience Scale*, realçando as competências de adaptação em idosos. Os 7 itens selecionados incluem fatores associados ao processo de resiliência, nomeadamente o estabelecimento de objetivos, otimismo, gestão emocional, suporte social e autocontrolo. A análise das características psicométricas indica uma consistência interna de 0.69 (Zeng & Shen, 2010). Posteriormente, Yang e Wen (2014), para avaliação da resiliência num grupo de centenários, recorreram à mesma operacionalização. A escala utilizada pelos autores incluía apenas 5 dos 7 itens, apresentando um uma consistência interna de 0.89 (Yang & Wen, 2014).



## 4. Resiliência na velhice

A investigação sobre resiliência focou-se inicialmente na infância, sendo que, apenas posteriormente foi dirigida a outras faixas etárias. Atualmente, grande parte das investigações dedicam-se ao estudo da resiliência em adultos (principalmente profissionais, estudantes e doentes). Neste sentido, a literatura relativa à resiliência no envelhecimento é escassa (Kessel, 2013; Navarro-Pardo et al., 2015; Oliveira et al., 2008; Ong et al., 2009).

O processo de envelhecimento é, geralmente, percecionado como um período marcado por mudanças negativas. Neste sentido, a velhice é frequentemente associada a uma etapa de fragilidade e vulnerabilidade, durante a qual se verifica o surgimento de patologias crónicas, que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015). Durante muito tempo, tendo em consideração esta visão estereotipada, não foi colocada a hipótese de idosos apresentarem resultados resilientes, uma vez que o seu dia-a-dia seria caracterizado por múltiplas perdas irreversíveis (Staudinger et al., 1995).

### 4.1. Desenvolvimento ao longo do ciclo vital e resiliência

A teoria do Desenvolvimento ao Longo do Ciclo Vital, proposta por Baltes em 1987 (cit. in Staudinger et al., 1995) veio apresentar uma perspetiva que desafia a visão simplista e unidirecional do desenvolvimento. Esta perspetiva tem como principal permissa que o desenvolvimento decorre ao longo de todo o ciclo de vida, sendo caracterizado por ganhos e perdas contínuos. O processo de desenvolvimento ocorre através de múltiplas interações entre o indivíduo e o meio. O mesmo envolve alterações a nível individual e contextual, bem como consequências funcionais. Neste sentido, é caracterizado por mecanismos contínuos e descontínuos, sendo os indivíduos constantemente confrontados com novos desafios desenvolvimentais, que podem ser internos ou externos, bem como esperados ou inesperados (Staudinger et al., 1995).

O desenvolvimento é então compreendido como multidirecional, dado que, ao longo do ciclo de vida, o indivíduo vai exibindo períodos de aumento, diminuição e manutenção do funcionamento. Caracteriza-se também como multidimensional, uma vez que um indivíduo pode apresentar diferentes níveis de funcionamento em diferentes dimensões. Ou seja, face a um determinado desafio desenvolvimental, a mesma pessoa pode promover determinadas competências e simultaneamente, manter ou diminuir outras. No entanto, os diferentes domínios não são independentes, verificando-se uma interação dinâmica entre ganhos e perdas. Para além das diferenças intraindividuais, verificam-se também grandes disparidades interindividuais no que respeita ao período temporal, magnitude, sequência e direcionalidade das mudanças (Baltes, Lindenberger, & Staudinger, 2006; Staudinger et al., 1995).

A perspetiva do desenvolvimento ao longo do ciclo vital propõe, assim, uma nova visão do processo de envelhecimento. Nesta linha, tal como qualquer outra fase do ciclo de vida, a velhice é composta por perdas, mas também por ganhos. Apesar de pessoas com idade avançada tenderem a apresentar um padrão de declínio, tal não impossibilita o desenvolvimento em determinados domínios, sendo a velhice também caracterizada pela ativação de mecanismos de regulação da perda (Staudinger et al., 1995).

A visão do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida tem implícita a noção de funcionamento resiliente, ou seja, a competência de manter ou recuperar níveis adequados de funcionamento, apesar das possíveis perdas (Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015; Staudinger et al., 1995).

Ao longo do processo de envelhecimento, os indivíduos deparam-se com diversas perdas, nomeadamente, limitações funcionais, diminuição do funcionamento em áreas como a saúde, e perdas relacionais (e.g., morte de amigos e familiares) (Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins & Netuveli, 2009). No entanto, muitos idosos apresentam elevados níveis de satisfação com a vida, equilíbrio emocional e níveis de funcionamento adaptativos (Navarro-Pardo et al., 2015). Tal paradoxo justifica a pertinência do estudo do processo de resiliência na velhice, uma vez que este permite compreender o motivo pelo qual alguns idosos se adaptam melhor aos desafios desta fase do ciclo vital (Abbema et al., 2015; Pietrzak & Cook, 2013; Tomás et al., 2012; Witham & Sayer, 2015).

O estudo da resiliência na velhice apresenta algumas especificidades. Neste sentido, a resiliência na velhice inclui a recuperação face à adversidade, implicando o desenvolvimento ou manutenção de níveis de funcionamento, mas também o estabelecimento de novos níveis de funcionamento, adaptativos face à acumulação de perdas e desafios (Abbema et al., 2015; Windle et al., 2011). Assim, mesmo a adaptação a situações de perda irreversível, como a doença crónica, que pode resultar um nível de funcionamento inferior, deve ser considerado um resultado resiliente, tendo em consideração o contexto de adversidade (Windle, 2011).

Considera-se que o modelo de Otimização Seletiva com Compensação (SOC - Selective Optimization with Compensation), desenvolvido por Baltes e Baltes (1991) no âmbito da perspetiva de desenvolvimento ao longo do ciclo vital, permite compreender em parte, o processo através do qual os idosos se adaptam aos desafios desta etapa do desenvolvimento, permitindo também, uma melhor compreensão do processo de resiliência na velhice. Segundo o modelo mencionado, os indivíduos desempenham um papel ativo no seu desenvolvimento, podendo de certo modo influenciar os processos de perda (Baltes & Baltes, 1991; Martin et al., 2012).

Como referido, o envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de perdas e diminuição de recursos. Neste sentido, o mecanismo de seleção permite ao indivíduo adaptar, reduzir ou reorganizar as suas metas, de modo a focar-se nos seus principais objetivos. A seleção é deste modo uma condição essencial para a adaptação, permitindo a manutenção de sentimentos de

autorrealização e controlo sobre o meio. Após a seleção de metas, o mecanismo de otimização permite que o indivíduo concentre os seus esforços na aquisição, manutenção ou desenvolvimento de competências necessárias. O mecanismo de otimização concentra-se na promoção de recursos efetivos para o alcance dos resultados pretendidos. Estes processos permitirão a adaptação, manutenção ou desenvolvimento dos níveis de funcionamento de determinadas dimensões (Baltes & Baltes, 1991).

Por outro lado, os mecanismos de compensação são ativados face à perda ou diminuição de competências individuais. Estes mecanismos consistem em processos psicológicos, adaptações comportamentais ou ambientais que permitem manter um determinado nível de funcionamento físico, relacional ou emocional. Especificamente, os processos de compensação podem ser de: 1) remediação, envolvendo o investimento de recursos que permitam ultrapassar a perda; 2) substituição, concentrando-se na aquisição ou desenvolvimento de competências que permitam compensar a perda; ou 3) acomodação, que inclui a adaptação de valores, áreas significativas ou objetivos, tendo em consideração as novas condições de vida (Baltes & Baltes, 1991; Staudinger, Freund, Linden, & Maas, 2001).

## 4.2. Envelhecimento Resiliente

Tendo em consideração o estudo da resiliência na velhice, surge o conceito de envelhecimento resiliente, que permite compreender o processo de envelhecimento como resultante da interação entre diversos fatores de risco e fatores protetores. Apesar de constituir, também, um conceito associado ao envelhecimento saudável, apresenta aspetos diferenciadores de outros constructos, como envelhecimento produtivo ou bem-sucedido (Hicks & Conner, 2014).

O envelhecimento bem-sucedido encontra-se associado à manutenção da capacidade de resolução de desafios psicossociais. Os principais indicadores incluem a ausência de doença ou incapacidade, bem como a manutenção de uma vida ativa, incluindo a participação social (Araújo et al., 2015a; Heisel & Flett, 2008; Wagnild, 2003). Ao ter por base a manutenção da saúde, não tem em consideração o facto de a maioria dos indivíduos apresentar alguma patologia durante o processo de envelhecimento (Hildon et al., 2008). Por outro lado, a noção de envelhecimento resiliente pode ser aplicada a todos os idosos, incluindo aqueles que apresentam patologias crónicas (Hicks & Conner, 2014).

O principal antecedente do envelhecimento resiliente é a adversidade, sendo que na velhice os principais desafios com os quais os indivíduos se deparam são a experiência de velhice, comprometimento da saúde, viuvez, reforma e pobreza (Hicks & Conner, 2014; Kessel, 2013). Por outro lado, os principais consequentes consistem na adaptação às novas circunstâncias de vida, bem como a qualidade de vida (Hicks & Conner, 2014).

No que respeita aos principais fatores protetores associados à resiliência na velhice ou ao envelhecimento resiliente, destacam-se os seguintes (Hicks & Conner, 2014; Kessel, 2013; Larkin, 2013; Ong & Bergeman, 2004; Sousa & Rodríguez-Miranda, 2015):

1. *Locus* de controlo interno: contribui para a perceção de controlo face ao meio, promovendo a autoeficácia, autoestima e autoconfiança;

2. Autoconceito: um autoconceito constituído por múltiplas dimensões facilita a adaptação do indivíduo face às perdas associadas ao envelhecimento;

3. Objetivos de vida: verifica-se com o aumento da idade, um menor investimento no futuro. No entanto, a maior seletividade no estabelecimento de objetivos, associada à manutenção de uma perspetiva de futuro é promotora de bem-estar e saúde mental.

### 4.3. Estudos sobre resiliência no envelhecimento

Em 1990 iniciou-se o estudo da resiliência em adultos (Hicks & Conner, 2014; Kessel, 2013). No que respeita à investigação sobre resiliência na velhice, a mesma tem-se debruçado sobre as variáveis psicológicas que se encontram associadas à resiliência. Neste sentido, verificou-se que, na literatura revista, as principais variáveis estudadas são a depressão, ansiedade, apoio social, saúde, acontecimentos de vida, satisfação com a vida e autoestima (e.g., Beutel et al., 2010; Hardy et al., 2004; Schure et al., 2013). Posteriormente, são apresentados os principais estudos da resiliência na velhice revistos, encontrando-se os mesmos organizados pelas variáveis em estudo.

#### Resiliência, depressão e ansiedade

**Tabela 15:**  
Estudos sobre resiliência, depressão e ansiedade na velhice

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis	Conclusões
Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian e Brahler (2010)	n=2144 Indivíduos do sexo masculino Idades: 18-92	Satisfação com a vida <b>Ansiedade</b> <b>Depressão</b> Autoestima	Obtiveram-se correlações negativas entre resiliência e depressão, bem como entre resiliência e ansiedade
Gooding, Hurst, Johnson e TARRIER, (2011)	Idades: 65+, n=60 18-25, n=60	<b>Depressão</b> Desesperança Saúde	Depressão como variável preditora de baixos níveis de resiliência
Fontes, Fattori, D'Elboux e Guariento (2015)	n= 59 Idades: 69-91	Funcionalidade <b>Sintomatologia depressiva</b> Cognição	Sintomatologia depressiva correlaciona-se negativamente com a resiliência

(continua)

Tabela 15 (continuação)

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis	Conclusões
Hardy, Concato e Gill (2004)	n= 546 Idades: 70+	Funcionalidade Autoeficácia Sintomas depressivos Saúde percebida Suporte social	Observou-se uma correlação negativa entre a resiliência e sintomas depressivos
Schure, Odden e Goins (2013)	n= 185 Idades: 55+	Sintomatologia depressiva Saúde física Fatores sociodemográficos	Níveis elevados de resiliência encontram-se associados a poucos sintomas depressivos
Pierini e Stuifbergen (2010)	n= 630 Idades: 65+	Indicadores de resiliência Sintomas depressivos	Indivíduos com resultados elevados nos indicadores de resiliência reportaram menos sintomas depressivos
Silverman, Molton, Alschuler, Ehde e Jensen (2015)	n= 1594 Idades: 20-94	Sintomas depressivos Funcionamento social Funcionamento físico	Resiliência associa-se negativamente a sintomas depressivos
Smith e Hollinger-Smith (2014)	n= 164 Idades: 55-85+	Bem-estar psicológico (depressão, satisfação com a vida e felicidade)	Associação negativa entre resiliência e depressão
Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015)	n= 385 Idades: 60+	Eventos de vida geradores de stress Depressão	Níveis superiores de resiliência associam-se a sintomas depressivos reduzidos
Mehta, Whyte, Lenze, Hardy, Roumani, Subashan, Huang e Studenski (2008)	n= 105 Idades: 67-98	Depressão Incapacidade Apatia	Baixos níveis de resiliência encontram-se associados a níveis mais elevados de humor depressivo

Beutel et al. (2010), num estudo com 2144 participantes com idades compreendidas entre os 18 e 92 anos, avaliaram a relação entre resiliência e as variáveis satisfação com a vida, autoestima, ansiedade e depressão. Os mesmos autores obtiveram correlações negativas entre resiliência e as variáveis de ansiedade e depressão. No que respeita à depressão, estes resultados são corroborados por Gooding, Hurst, Johnson e Tarrier (2011) que verificaram no seu estudo comparativo que a depressão se associa a níveis inferiores de resiliência. Também Fontes, Fattori, D'Elboux e Guariento (2015), num estudo com 59 participantes com idades entre 69 e 91 anos, bem como Hardy et al. (2004), num estudo com 576 participantes com idade superior a 70 anos e Schure, Odden e Goins (2013), no seu estudo com 86 participantes com idades compreendidas entre os 60 e 90 anos, recolheram evidências de que níveis superiores de resiliência se associam a níveis menores de sintomatologia depressiva. Nesta linha, foram também obtidas associações negativas entre a resiliência e a depressão nos estudos de Pierini e Stuifbergen (2010), com 630 participantes com mais de 65 anos, de Silverman, Molton, Alschuler, Ehde e Jensen (2015), com 1594 participantes entre os 20 e 94 anos, e de Smith e Hollinger-

Smith (2014), com 164 participantes com mais de 55 anos. Ainda no âmbito da relação entre a resiliência e depressão, Lim et al. (2015), no seu estudo com 385 sujeitos com mais de 60 anos, observaram que a resiliência atua como variável moderadora entre acontecimentos de vida geradores de *stress* e sintomatologia depressiva. Já Mehta et al. (2008), na investigação com 105 idosos com idades entre os 67 e 98 anos, concluíram que níveis menores de resiliência se associam de modo independente a níveis elevados de sintomas depressivos. Deste modo, verifica-se que a literatura revista é congruente quanto à existência de uma relação inversa entre resiliência e depressão.

## Resiliência e suporte social

**Tabela 16:**  
Estudos sobre resiliência e suporte social

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins e Netuveli (2009)	n= 174 Idades: 70-84	Fatores sociodemográficos <b>Rede de suporte social</b> Coping	Perceção de relações interpessoais de qualidade como promotor de resiliência
Hildon, Smith, Netuveli e Blane (2008)	n=139 Idades: 70-80	Acontecimentos de vida <b>Contexto social</b>	Rede de apoio social revelou-se uma variável importante para a resiliência
Hardy, Concato e Gill (2004)	n= 546 Idades: 70+	Funcionalidade Atividade física Autoeficácia Sintomas depressivos Saúde percebida <b>Suporte social</b>	Perceção de suporte social associado a níveis superiores de resiliência
Silverman, Molton, Alschuler, Ehde e Jensen (2015)	n= 1594 Idades: 20-94	Sintomas depressivos <b>Funcionamento social</b> Funcionamento físico	Resiliência associa-se positivamente ao suporte social
Terte, Stephens e Huddleston (2014)	n=176 Média de idades: 39,21	Exposição a eventos traumáticos Otimismo Inteligência emocional Hábitos de saúde <b>Suporte social</b>	O suporte social relaciona-se positivamente com a resiliência
Wells (2009)	n= 106 Idade: 65+	Fatores sociodemográficos Estado de saúde <b>Rede de suporte social</b>	Fraca relação positiva entre resiliência e rede de suporte social

(continua)

Tabela 16 (continuação)

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Ferreira, Santos e Maia (2012)	n= 65 Idades: 60-80+	Autoestima Apoio Social	Não se verificou uma relação significativa entre resiliência e apoio social
Lou e Ng (2012)	n= 13 Idades: 60+	Investigar os fatores que permitem aos indivíduos lidar com a solidão (estudo qualitativo)	Temas obtidos: Resiliência, Personalidade e Relações sociais
Li, Theng e Foo (2015)	n= 162 Idades: 65+	Depressão Suporte social	Resiliência enquanto variável moderadora de uma associação negativa entre suporte social e depressão

O suporte social é uma variável frequentemente avaliada, no que respeita à sua relação com a resiliência. Neste sentido, Hildon et al. (2009), num estudo com 174 idosos com idades entre 70 e 84 anos, constataram a existência de uma relação positiva entre resiliência e suporte social. Os autores consideram que o suporte social se associa positivamente à resiliência pelo facto de o mesmo atuar como amortecedor face a acontecimentos de vida negativos. Do mesmo modo, Hildon et al. (2008), num estudo com 139 sujeitos com idades entre 70 e 80 anos, procuraram avaliar o modo como a adversidade e o contexto social influenciam a resiliência. Segundo os autores, a rede suporte social é um fator fortemente associado com a resiliência, na medida em que permite reduzir o impacto de experiências adversas, facilitando a reinterpretção ou aceitação dos acontecimentos, bem como manutenção de identidade. Estes resultados são corroborados por Hardy et al. (2004), Silverman et al. (2015), bem como por Terte et al. (2014), que num estudo longitudinal com 176 participantes, observaram uma relação positiva entre apoio social e resiliência. Por outro lado, Wells (2009), no seu estudo com 106 participantes com média de idades de 75 anos, verificou apenas uma fraca associação positiva entre resiliência e suporte social. Já Ferreira, Santos e Maia (2012), num estudo com 65 participantes com idades superiores a 60 anos, não verificaram a presença de relações significativas entre resiliência e apoio social. Um estudo qualitativo de Lou e Ng (2012) com 13 participantes, procurou investigar as variáveis que permitem aos indivíduos lidar com a solidão, sendo a resiliência um dos temas obtidos na análise das entrevistas. Os autores Li, Theng e Foo (2015), num estudo com 162 idosos com mais de 65 anos focaram a relação entre depressão, suporte social e resiliência. Verificaram que a última variável funciona como moderadora da associação negativa entre suporte social e depressão.

## Resiliência e saúde

Tabela 17:

Estudos sobre resiliência e saúde na velhice

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Schure, Odden e Goins (2013)	n= 185 Idades: 55+	Sintomatologia depressiva <b>Saúde física</b> Fatores sociodemográficos	Não se obtiveram relações significativas entre a resiliência e a saúde física
Wells (2009)	n= 106 Idades: 65+	Fatores sociodemográficos <b>Estado de saúde</b> Rede de suporte social	Correlação positiva fraca entre saúde física e resiliência Associação positiva entre resiliência e saúde mental
Nygren, Aléx, Jonsén, Gustafson, Norberg e Lundman (2005)	n= 125 Idades: 85+	Sentimento de coerência Propósito de vida Transcendência do <i>self</i> <b>Percepção de saúde</b>	Não se encontraram relações significativas entre resiliência e percepção de saúde
Gooding, Hurst, Johnson e Tarrier (2011)	Idades: 65+, n=60 Idades: 18-25, n=60	Depressão Desesperança <b>Saúde</b>	Percepção de saúde negativa associada a baixos níveis de resiliência
Hildon, Smith, Netuveli e Blane (2008)	n=139 Idades: 70-80	Acontecimentos de vida (e.g., <b>situação de doença</b> ) Contexto social	Participantes não resilientes reportavam pior percepção de saúde e mais queixas somáticas, quando comparados com os resilientes
Hardy, Concato e Gill (2004)	n= 546 Idades: 70+	<b>Funcionalidade</b> Atividade física Autoeficácia Sintomas depressivos <b>Percepção de saúde</b> Suporte social	Independência nas atividades de vida diária e percepção de saúde positiva associados a níveis de resiliência elevados
Domajnko e Pahor (2014)	n= 25 Média de idades: 70,1	<b>Percepção de saúde</b>	Atitude resiliente permite manter uma boa percepção de saúde, apesar da presença de patologias
Silverman, Molton, Alschuler, Ehde e Jensen (2015)	n= 1594 Idades: 20-94	Sintomas depressivos Funcionamento social <b>Funcionamento físico</b>	Resiliência associa-se positivamente ao funcionamento físico

(continua)

Tabela 17 (continuação)

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Fontes, Fattori, D'Elboux e Guariento (2015)	n= 59 Idades: 69- 91	Funcionalidade Sintomatologia depressiva Cognição	Idosos com níveis mais elevados de resiliência apresentavam melhor funcionalidade Não se verificaram relações significativas entre resiliência e cognição
Lamond, Depp, Allison, Langer, Reichstadt, Moore, Golshan, Ganiats e Jeste (2009)	n= 1395 Idades: 60+	Envelhecimento bem-sucedido Participação social Funcionalidade Bem-estar físico e emocional Funcionamento cognitivo Otimismo	Associação fraca entre resiliência e funcionalidade Correlação negativa entre resiliência e deterioração cognitiva
Fortes, Portuguez e Argimon (2007)	n= 86 Idades: 60- 90	Variáveis sociodemográficas Funções cognitivas	Correlação positiva entre resiliência e cognição
Heisel e Flett (2008)	n= 107 Idades: 67- 98	Ideação suicida	Associação negativa entre indicadores de resiliência e ideação suicida

Considerando que o processo de envelhecimento se encontra associado a uma deterioração da saúde física, vários estudos investigaram a relação entre a saúde física, a percepção de saúde física e a resiliência. Schure et al. (2013), não obtiveram associações significativas entre a resiliência e a saúde física. Do mesmo modo, Wells (2009) verificou que a relação entre resiliência e saúde física é fraca. No que respeita à percepção de saúde, Nygren et al. (2005), num estudo realizado com 125 idosos com mais de 85 anos, não observaram relações significativas entre a resiliência e esta variável. Contudo, as conclusões do estudo de Gooding et al. (2011), apontam para que uma percepção de saúde negativa se encontra associado a níveis reduzidos de resiliência. Hildon et al. (2008), apontam para que os participantes com menores níveis de resiliência reportem mais queixas somáticas e pior percepção de saúde. Ainda Hardy et al. (2004), referem que uma percepção de saúde positiva se encontra associada, de forma independente, a elevados níveis de resiliência. Num estudo qualitativo, Domajnko e Pahor (2014) realizaram entrevistas semiestruturadas a 25 participantes com média de idade de 70,1 anos, abordando os temas envelhecimento, saúde, doença e cuidados de saúde. Os resultados indicam que a presença de uma atitude resiliente, associada à interação e participação social, facilita a manutenção de uma boa percepção de saúde, apesar da presença de patologia.

Associada à saúde física, a funcionalidade pode ser caracterizada como a capacidade de um indivíduo realizar as suas atividades básicas e instrumentais da vida diária de modo autónomo. Nesta linha, Hardy et al. (2004) verificaram que a independência nas atividades de vida diária, indicadora de funcionalidade, se associa de modo independente a elevados níveis de resiliência. As conclusões do estudo de Silverman et al. (2015), bem como de Fontes et al. (2015) corroboram os resultados anteriores, indicando que participantes com níveis mais elevados de resiliência apresentavam também níveis superiores de funcionalidade. Por outro lado, Lamond et al. (2009), num estudo com 1395 participantes com mais de 60 anos, não verificaram uma associação significativa entre resiliência e funcionalidade.

Também a relação entre a saúde mental e resiliência é consistentemente avaliada. Deste modo, Wells (2009) obteve uma correlação positiva entre resiliência e saúde mental. Para além das perturbações de humor e ansiedade anteriormente referidas, no que respeita ao funcionamento cognitivo, a maioria dos estudos revistos apontam para uma associação positiva entre resiliência e preservação das funções cognitivas. Assim, Fortes, Portuguez e Argimon (2007) verificaram uma correlação significativa entre a resiliência e funcionamento cognitivo. Também Lamond et al. (2009), observaram uma correlação negativa entre resiliência e deterioração cognitiva. Contudo, Fontes et al. (2015), não obtiveram relações significativas entre resiliência e cognição.

Heisel e Flett (2008) investigaram a associação entre a ideação suicida e um conjunto de potenciais fatores de risco (depressão e problemas físicos percebidos) e fatores protetores (bem-estar psicológico, sentido da vida, índices de rede de suporte social e afiliação religiosa) de resiliência, numa amostra heterogénea de 107 idosos (média de idades 81,5). Os resultados obtidos pelos autores indicam uma associação negativa entre ideação suicida e fatores protetores de resiliência, indicando assim que a resiliência pode constituir um fator protetor da ideação suicida nos idosos.

## Resiliência e acontecimentos de vida

**Tabela 18:**  
Estudos sobre resiliência e acontecimentos de vida

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Couto, Koller e Novo (2011)	n= 111 Idades: 56-85	Eventos causadores de <i>stress</i> Bem-estar	Não se comprovou o efeito moderador da resiliência entre acontecimentos adversos e bem-estar
Lim, Lim, Gwee, Nyunt, Kumar e Ng (2015)	n= 385 Idades: 60+	Acontecimentos de vida negativos Depressão	Observou-se que a resiliência moderava o impacto de acontecimentos de vida negativos na sintomatologia depressiva

(continua)

Tabela 18 (continuação)

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Hildon, Smith, Netuveli e Blane (2008)	n=139 Idades: 70-80	Acontecimentos de vida (morte de familiares, reforma, situação de doença) Contexto social	Resiliência facilitava a gestão emocional de acontecimentos negativos

Alguns autores dedicaram-se à investigação de eventos geradores de *stress*, bem como a sua relação com a resiliência. Neste sentido, Couto, Koller e Novo (2011), num estudo com 111 indivíduos com idades entre os 56 e 85 anos, procuraram identificar os eventos geradores de *stress* mais frequentes, bem como verificar se a resiliência permite diminuir os seus efeitos negativos. Observou-se uma média de cinco eventos geradores de *stress* ao longo do ano anterior. Os principais acontecimentos identificados foram: deterioração da capacidade mnésica (48%), agravamento do estado de saúde de um familiar (44%), falecimento de um amigo (41%) ou familiar (35%) e doença grave ou agravamento do próprio estado de saúde (34%). Ao analisarem o impacto da resiliência enquanto variável moderadora entre os acontecimentos negativos e o bem-estar, verificaram que a mesma não apresentava um resultado estatisticamente significativo (Couto et al., 2011). Também Lim et al. (2015) procuraram avaliar a exposição a eventos geradores de *stress*. Os autores mencionam que 45.2% dos participantes identificaram pelo menos um acontecimento negativo no ano anterior, nomeadamente: falecimento ou agravamento do estado de saúde de um familiar ou amigo (17.1%), dificuldades financeiras (14%) e agravamento do estado de saúde do próprio (9.9%). Comparando os dois grupos etários (60-69 e mais de 70 anos), verificou-se que o grupo dos mais idosos apresentava maior probabilidade de ter experienciado um acontecimento negativo no ano anterior. Os autores observaram ainda, que a resiliência permitia moderar o impacto de acontecimentos de vida negativos, relativamente à sintomatologia depressiva (Lim et al., 2015). Por outro lado, Hildon et al. (2008), procuraram analisar a influência de acontecimentos de vida passados e presentes na manutenção e utilização da resiliência. Os acontecimentos analisados foram a perda de familiares ou amigos próximos, reforma e problemas de saúde. Os autores observaram que na amostra estudada, a resiliência, permitia aos indivíduos lidar mais eficazmente com a adversidade. Indivíduos resilientes tendiam a reinterpretar acontecimentos passados com base em eventos recentes, facilitando a aceitação de acontecimentos negativos (Hildon et al., 2008).

## Resiliência e variáveis sociodemográficas

**Tabela 19:**  
Estudos sobre resiliência e variáveis sociodemográficas

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Fortes, Portuguez e Argimon (2007)	n= 86 Idades: 60-90	Variáveis sociodemográficas Funções cognitivas	Não se verificaram relações significativas entre a resiliência e género, escolaridade ou rendimento económico
Wells (2009)	n= 106 Idades: 65+	Fatores sociodemográficos Estado de saúde Rede de suporte social	Não foram encontradas relações significativas entre variáveis sociodemográficas e resiliência
Schure, Odden e Goins (2013)	n= 185 Idades: 55+	Sintomatologia depressiva Saúde física Fatores sociodemográficos	Não se verificaram relações significativas entre resiliência e idade, género e estado marital

Relativamente à relação entre resiliência e variáveis sociodemográficas como género, escolaridade, estado marital e rendimento socioeconómico, os estudos revistos não identificam relações significativas entre variáveis. Neste âmbito, citam-se os estudos de Fortes et al. (2007), Wells (2009) e Schure et al. (2013).

## Resiliência e autoestima, satisfação com a vida e otimismo

**Tabela 20**  
Estudos sobre resiliência, satisfação com a vida e otimismo

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian, Brahler (2010)	n=2144 Indivíduos do sexo masculino; Idades: 18-92	Satisfação com a vida Ansiedade Depressão Autoestima	Satisfação com a vida e autoestima correlacionam-se positivamente com a resiliência
Ferreira, Santos, Maia (2012)	n= 65 Idades: 60-80+	Autoestima Apoio Social	Correlação positiva entre resiliência e autoestima
Lamond, Depp, Allison, Langer, Reichstadt, Moore, Golshan, Ganiats e Jeste (2009)	n= 1395 Idades: 60+	Envelhecimento bem-sucedido Funcionalidade Bem-estar físico e emocional Funcionamento cognitivo Otimismo	Resiliência associa-se positivamente ao bem-estar e otimismo

(continua)

Tabela 20 (continuação)

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Terte, Stephens e Huddleston (2014)	n=176 Média de idade: 39,21	Exposição a eventos traumáticos	O otimismo encontra-se positivamente associado à resiliência
		Otimismo	
Smith e Hollinger-Smith (2014)	n= 164 Idades: 55-85+	Inteligência emocional	Associação positiva entre resiliência e satisfação com a vida
		Hábitos de saúde Suporte social Bem-estar psicológico (depressão, <b>satisfação com a vida</b> e felicidade)	

No que respeita à relação entre resiliência e avaliações cognitivas do próprio, Beutel et al. (2010), bem como Ferreira et al. (2012) verificaram correlações positivas entre a resiliência e autoestima. Relativamente a atitudes face ao futuro, Lamond et al. (2009), tal como Terte et al. (2014) apontam para uma associação positiva entre resiliência e otimismo.

No que respeita à satisfação com a vida, os resultados do estudo de Beutel et al. (2010) indicam uma correlação positiva entre a resiliência e a satisfação com a vida. Do mesmo modo, Smith e Hollinger-Smith (2014) apoiam os resultados anteriores, apontando para uma associação positiva entre resiliência e satisfação com a vida. Os mesmos autores constataram também, uma associação positiva entre resiliência e felicidade. Ainda no âmbito da satisfação com a vida, alguns autores debruçaram-se sobre a avaliação do bem-estar na velhice, bem como a sua relação com a resiliência. Lamond et al. (2009), obtiveram resultados indicadores de uma associação positiva entre resiliência e bem-estar.

## Intervenções de promoção da resiliência

Tabela 21:

Estudos sobre o impacto de intervenções na promoção da resiliência

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Janssen, Abma e Regenmortel (2011)	n= 29 Idades: 59-90	Entrevista para explorar recursos que promovem a resiliência em idosos (estudo qualitativo)	Temas identificados: Recursos individuais, Domínio interacional e Domínio contextual
Meléndez, Fortuna, Sales e Mayordomo (2015)	n= 30 Idades: 65+	Reminiscência (estudo experimental)	Grupo de tratamento apresentou níveis mais elevados de resiliência

No que respeita à promoção da resiliência, Janssen, Abma e Regenmortel (2011), num estudo qualitativo com 29 participantes com idades entre 59 e 90 anos, identificaram que a resiliência

pode ser promovida com base em recursos de três níveis. Os mesmos são: 1) recursos individuais, como percepção de controlo, competência e capacidade de análise; 2) domínio interacional, que integra interação familiar e comunitária promotora de *empowerment*; e 3) domínio contextual, associado à acessibilidade de recursos e políticas sociais.

Meléndez, Fortuna, Sales e Mayordomo (2015), num estudo experimental com 30 participantes com idade superior a 65 anos, procuraram avaliar a efetividade de um programa de reminiscência para a promoção de resiliência. Os autores informam que após a intervenção, o grupo de tratamento apresentou níveis mais elevados de resiliência. Estes resultados demonstram que a resiliência pode ser promovida através de intervenções planeadas, o que salienta a importância de investigações sobre este constructo (Meléndez et al., 2015).

## Desenvolvimento da resiliência na velhice

Tabela 22: Estudos sobre o desenvolvimento da resiliência.

Autor/ Ano	Amostra	Variáveis em estudo	Conclusões
Hardy Concato e Gill (2002)	n= 754 Idades: 70+	Experiências de vida adversas	Manutenção da resiliência na velhice
Wells (2009)	n= 106 Idades: 65+ Média de idade: 75	Fatores sociodemográficos Estado de saúde Rede de suporte social	Não foram obtidas relações significativas entre a resiliência e a idade
Schure, Odden e Goins (2013)	n= 185 Idades: 55+	Sintomatologia depressiva Saúde física	Não se verificaram relações significativas entre resiliência e idade
Fortes, Portuguez e Argimon (2007)	n= 86 Idades: 60-90	Variáveis sociodemográficas Funções cognitivas	Não se verificaram alterações na resiliência com o aumento da idade
Gooding, Hurst, Johnson e Tarrier (2011)	Idades: 65+, n=60 Idades: 18-25, n=60	Depressão Desesperança Saúde	O grupo de idosos revelou níveis mais elevados de resiliência que o grupo de jovens adultos
Fontes, Fattori, D'Elboux e Guariento (2015)	n= 59 Idades: 69-91	Funcionalidade Sintomatologia depressiva Cognição	Relação positiva entre idade e resiliência
Yang e Wen (2014)	n= 11112 Grupo 1: idades entre 65-84 Grupo 2: 85+	Atividades da vida diária	O efeito protetor da resiliência é mais marcado no grupo de idosos mais velhos (85+)

Tendo em consideração a deterioração da saúde global associada ao aumento da idade, foi posta em causa a possibilidade da manutenção da resiliência na velhice. Neste sentido, Hardy Concato

e Gill (2002), com nos dados do *Precipitating Events Project* que decorreu em New Haven, procuraram avaliar a experiência de acontecimentos adversos em 754 idosos com mais de 70 anos. Foi também analisado o impacto percebido da adversidade, bem como a relação entre fatores sociodemográficos e medidas de saúde e funcionalidade. Verificaram que 80% dos participantes identificava pelo menos um acontecimento negativo nos últimos cinco anos. Apesar da elevada percentagem de acontecimentos negativos, os autores verificaram que uma percentagem considerável de participantes (17-36%) identificou consequências positivas decorrentes dos mesmos, como envolvimento em novas atividades e modificação positiva da perceção da vida. Por outro lado, 27-59% identificaram consequências negativas. Segundo os autores, os resultados obtidos evidenciam a capacidade de resiliência presente mesmo em idades mais avançadas (Hardy et al., 2002).

Apesar de ser possível verificar que a resiliência continua presente em idades mais avançadas, é ainda questionada por alguns autores a possibilidade de ocorrer uma diminuição da resiliência com o aumento da idade, ou seja, verificar-se uma relação inversa entre resiliência e idade. Neste sentido, alguns estudos procuraram avaliar esta relação, bem como verificar a existência de diferenças ao nível da resiliência, entre grupos etários. Wells (2009), bem como Schure et al. (2013), não verificaram, nos seus estudos, relações significativas entre resiliência e idade. Também Fortes et al. (2007), não observaram alterações na resiliência com o aumento da idade. Gooding et al. (2011) procuraram no seu estudo comparar os níveis de resiliência entre um grupo de jovens adultos (18-25) e um grupo de idosos (65+). Os resultados indicam que o grupo de idosos apresenta níveis superiores de resiliência, quando comparado com o grupo de jovens adultos. Corroborando estes resultados, Fontes et al. (2015) obtiveram resultados que apoiam a hipótese de que a resiliência aumenta com a idade.

Yang e Wen (2014), num estudo realizado com 11.112 idosos chineses, procuraram avaliar a influência da resiliência na realização de atividades de vida diária, em indivíduos com incapacidade. Os resultados obtidos indicam que a resiliência constitui um importante fator protetor relativamente à incapacidade na realização de tarefas instrumentais. Os autores indicam também que o efeito protetor da resiliência é mais marcado no grupo de idosos mais velhos.

## Resiliência em Centenários

**Tabela 23:**  
Estudos sobre resiliência em centenários.

Autor/ Ano	Amostra	Objetivo	Conclusões
Zeng e Shen (2010)	n= 16566 Idades: 65-100+	Investigar se os centenários são significativamente mais resilientes que idosos mais novos e analisar se a resiliência contribui para a longevidade excepcional	Grupo de centenários é significativamente mais resiliente Resiliência contribui significativamente para a longevidade

Como foi possível verificar, o estudo da resiliência na velhice teve início há poucas décadas, período que coincidiu com o surgimento de estudos dedicados à população centenária. Considerando que os resultados dos estudos apontam para a possibilidade de a resiliência aumentar com a idade, então, idosos centenários teriam níveis mais elevados de resiliência. No entanto, verifica-se que a literatura sobre esta temática é escassa, sendo a resiliência uma variável pouco estudada nesta população.

Zeng e Shen (2010) procuraram avaliar se os centenários são significativamente mais resilientes que idosos não centenários. O estudo foi realizado a partir da base de dados do *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*, contando com 16566 participantes com mais de 65 anos. Os resultados do estudo indicam que os centenários são significativamente mais resilientes que idosos não centenários. Segundo os autores, também os nonagenários apresentam níveis de resiliência significativamente mais elevados que idosos mais novos. Estes resultados indicam, de acordo com Zeng e Shen (2010), que os centenários são uma subpopulação altamente selecionada, com os níveis mais elevados de resiliência, após controlar variáveis confusionais, incluindo a saúde. No mesmo estudo, os resultados apontam para que os homens apresentem níveis de resiliência superiores, bem como centenários com pelo menos um ano de escolaridade, quando comparados com centenários analfabetos. Também a área de residência urbana e estado marital casado surgem como associados a níveis superiores de resiliência. Um segundo objetivo do estudo de Zeng e Shen (2010) consistiu em avaliar se a resiliência contribui para a longevidade excecional. Os resultados obtidos apoiam a hipótese de que a resiliência influencia o alcance da longevidade excecional, em parte através de uma influência indireta na saúde (Zeng & Shen, *Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity*, 2010).

## Bibliografia

- Abbema, R., Bielderman, A., Greef, M., Hobbelen, H., Krijnen, W., & Schans, C. (2015). Building from a conceptual model of the resilience process during ageing, towards the Groningen Aging Resilience Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, 2208-2219.
- Araújo, L., & Ribeiro, O. (2012). Centenários: que redes sociais? *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15 (2), 57-74.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Paúl, C. (2015). Successful aging at 100 years: the relevance of subjectivity and psychological resources. *International Psychogeriatrics*, 1-10.
- Araújo, L., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Paúl, C. (2015a). Predicting Successful Aging at One Hundred Years of Age. *Research on Aging*, 1-21.
- Baltes, P., & Baltes, M. (1991). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. Em P. Baltes, & M. Baltes, *Successful aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life Span Theory in Developmental Psychology. Em R. Lerner, T. Leventhal, & M. Bornstein, *Handbook Of Child Psychology And Developmental Science* (pp. 569-664). EUA: John Wiley & Sons.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, 13 (1), 32-39.
- Bonanno, G. A. (2008). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5 (1), 101-113.
- Caselli, G., & Lipsi, R. M. (2006). Survival differences among the oldest old in Sardinia: who, what, where, and why? *Demographic Research*, 14, 267-294.
- Caselli, G., Pozzi, L., Vaupel, J. W., Deiana, L., Pes, G., Carru, C., Franceschi, C., & Baggio, G. (2006). Family clustering in Sardinian longevity: A genealogical approach. *Experimental Gerontology*, 41, 727-736.
- Cho, J., Martin, P., & Poon, L. W. (2012). The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal of Aging Research*, 1-8.
- Cho, J., Martin, P., & Poon, L. W. (2013). Age group differences in positive and negative affect among oldest-old adults: findings from the Georgia centenarian study. *Aging and Human Development*, 77 (4), 261-288.

- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Cooper, R. H., Huisman, M. D., Kuh, D., & Deeg, D. J. (2011). Do Positive Psychological Characteristics Modify the Associations of Physical Performance With Functional Decline and Institutionalization? Findings From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *The Journals of Gerontology, 66* (4), 468-477.
- Cosco, T. D., Kaushal, A., Richards, M., Kuh, D., & Stafford, M. (2016). Resilience measurement in later life: a systematic review and psychometric. *Health and Quality of Life Outcomes, 14* (16), 2-6.
- Couto, M. C., Koller, S. H., & Novo, R. (2011). Stressful Life Events and Psychological Well-being in a Brazilian Sample of Older Persons: The Role of Resilience. *Aging International, 36*, 492-505.
- Davey, A., Elias, M., & Siegler, I. C. (2010). Cognitive function, physical performance, health, and disease: norms from the Georgia centenarian study. *Experimental Aging Research, 36*, 394-425.
- Davey, A., Siegler, I. C., Martin, P., Costa, P. T., & Poon, L. W. (2015). Personality structure among centenarians: The Georgia Centenarian Study. *Experimental Aging Research, 41* (4), 361-385.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review, 30*, 479-495.
- Domajnko, B., & Pahor, M. (2015). HealthWithin Limitations: Qualitative Study of the Social Aspects of Resilience in Old Age. *Aging International, 40*, 187-200.
- Dyer, J. G., & McGuinness, T. M. (1996). Resilience: Analysis of the Concept. *Archives of Psychiatric Nursing, X* (5), 276-282.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum, 42* (2), 73-82.
- Eurostat. (2016). *People in the EU - population projections*. Obtido de Statistics Explained: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People\\_in\\_the\\_EU\\_-\\_population\\_projections#Further\\_Eurostat\\_information](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/People_in_the_EU_-_population_projections#Further_Eurostat_information)
- Ferreira, C. L., Santos, L. M., & Maia, E. M. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. *Revista Escola de Enfermagem USP, 46* (2), 328-334.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist, 18* (1), 12-23.

- Fontes, A. P., Fattori, A., D'Elboux, M., & Guariento, M. J. (2015). Resiliência psicológica: fator de proteção para idosos no contexto ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18 (1), 7-17.
- Fortes, T. F., Portuguese, M. W., & Argimon, I. I. (2009). A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. *Estudos de Psicologia*, 26 (4), 455-463.
- Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., & O'Flaherty, D. (2013). Concept Analysis: Resilience. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 264-270.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *Geriatric Psychiatry*, 27, 262-270.
- Gurgel, L. G., Plentz, R. D., Joly, M. C., & Reppold, C. T. (2013). Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos. *Estudos de Psicologia*, 30 (4), 487-496.
- Hagberg, B., & Samuelsson, G. (2008). Survival After 100 Years of Age: A Multivariate Model of Exceptional Survival in Swedish Centenarians. *Journal of Gerontology*, 1 (63), 1219-1226.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2002). Stressful Life Events Among Community-living Older Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 841-847.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. (2004). Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of American Geriatrics Society*, 52, 257-262.
- Heisel, M. J., & Flett, G. L. (2008). Psychological Resilience to Suicide Ideation Among Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 31 (4), 51-70.
- Hensley, B., Martin, P., MacDonald, M., & Poon, L. (2010). Family History and Adaptations among Centenarians and Octogenarians. *Gerontology*, 56, 83-87.
- Hensley, B., Martin, P., Margrett, J. A., MacDonald, M., Siegler, I. C., & Poon, L. W. (2012). Life Events and Personality Predicting Loneliness Among Centenarians: Findings From the Georgia Centenarian Study. *The Journal of Psychology*, 146 (1), 173-188.
- Hicks, M. M., & Conner, N. E. (2014). Resilient ageing: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70 (4), 744-755.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of Health & Illness*, 30 (5), 726-740.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- Human Mortality Database. (2016). *The Human Mortality Database*. Obtido de <http://www.mortality.org>

- INE. (2016). Obtido de Instituto Nacional de Estatística: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine\\_main&xpid=INE](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE)
- International Centenarian Consortium. (2016). Obtido de Iowa State University: <http://www.gerontology.iastate.edu/international-centenarian-consortium/events/>
- Janssen, B. M., Abma, T. A., & Regenmortel, T. V. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Aging, 8*, 145-156.
- Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M., Burton, C. D., Elliott, A., Iversen, L., McArdle, K., Murray, A., Phillips, L., & Black, C. (2015). Physical Disease and Resilient Outcomes: A Systematic Review of Resilience Definitions and Study Methods. *Psychosomatics, 56*, 168-180.
- Jopp, D. S. (2016). *Welcome To The Fordham Centenarian Study!* Obtido de Fordham University: [http://legacy.fordham.edu/academics/programs\\_at\\_fordham\\_/psychology\\_department/people/faculty/daniela\\_jopp/adult\\_development\\_an/centenarian\\_study/index.asp](http://legacy.fordham.edu/academics/programs_at_fordham_/psychology_department/people/faculty/daniela_jopp/adult_development_an/centenarian_study/index.asp)
- Jopp, D. S., & Rott, C. (2006). Adaptation in Very Old Age: Exploring the Role of Resources, Beliefs, and Attitudes for Centenarians' Happiness. *Psychology and Aging, 21* (2), 266-280.
- Jopp, D. S., Park, M., Lehrfeld, J., & Paggi, M. (2016). Physical, cognitive, social and mental health in near-centenarians and centenarians living in New York City: findings from the Fordham Centenarian. *BMC Geriatrics, 16* (1), 1-10.
- Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: A review of the resilience concept. *Geriatric Nursing, 34*, 122-127.
- Kliegel, M., Moor, C., & Rott, C. (2004). Cognitive status and development in the oldest old: a longitudinal analysis from the Heidelberg Centenarian Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 39*, 143-156.
- Koch, T., Power, C., & Kralik, D. (2007). Researching with centenarians. *Journal compilation, 52-61*.
- Kumon, M. T., Silva, V. P., Silva, A. I., & Gomes, L. (2009). Centenários no mundo: uma visão panorâmica. *Kairós, 12* (1), 213-232.
- Larkin, M. (2013). Resilience: a requirement for successful aging in all settings. *The Journal on Active Aging, 22-29*.
- Law, J., Richmond, R. L., & Kay-Lambkin, F. (2014). The contribution of personality to longevity: Findings from the Australian Centenarian Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 59*, 528-535.

- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A Conceptual Bridge Between Coping and Development. *European Psychologist, 14* (1), 40-50.
- Levitan, C., Sachdev, P., Brodaty, H., Crawford, J., Slavin, M., Kochan, N., Siduh, M., Richmond, R., Wen, W., Kang, K., & Mather, K. (2010). Rates of dementia amongst an exceptionally old cohort of Australians: The Sydney Centenarian Study. *Alzheimer's & Dementia, 8* (4).
- Li, J., Theng, Y., & Foo, S. (2015). Does psychological resilience mediate the impact of social support on geriatric depression? An exploratory study among Chinese older adults. *Asian Journal of Psychiatry, 14*, 22-27.
- Lim, M. L., Lim, D., Gwee, X., Nyunt, M., Kumar, R., & Ng, T. P. (2015). Resilience, stressful life events, and depressive symptomatology among older Chinese adults. *Aging & Mental Health, 19* (11), 1005-1014.
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C., & Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences, 66*, 92-97.
- Lou, V. W., & Ng, J. W. (2012). Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. *Aging & Mental Health, 16* (8), 1039-1046.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development, 71* (3), 543-562.
- Luthar, S. S., Sawyer, J. A., & Brown, P. J. (2006). Conceptual Issues in Studies of Resilience: Past, Present, and Future Research. *New York Academy of Sciences, 1094*, 105-115.
- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *Journal of Personality, 77* (6), 1805-1831.
- Martin, P., Hagberg, B., & Poon, L. W. (1997). Predictors of loneliness in centenarians: A parallel study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 12*, 203-22.
- Martin, P., Hagberg, B., & Poon, L. W. (2012). Models for studying centenarians and healthy ageing. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics, 7* (1), 14-18.
- Mehta, M., Whyte, E., Lenze, E., Hardy, S., Roumani, Y., Subashan, P., Huang, W., & Studenski, S. (2008). Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 238-243.
- Meléndez, J. C., Fortuna, F. B., Sales, A., & Mayordomo, T. (2015). The effects of instrumental reminiscence on resilience and coping in elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 60*, 294-298.

- Mossakowska, M., Broczek, K., Wieczorowska-Tobis, K., Klich-Rączka, A., Jonas, M., . . ., Puzianowska-Kuznicka, M. (2014). Cognitive Performance and Functional Status Are the Major Factors Predicting Survival of Centenarians in Poland. *Journals of Gerontology*, 69 (10), 1269-1275.
- Navarro-Pardo, E., Fernández-Muñoz, J. J., Vázquez-Martínez, A., Vázquez-Molina, J., Moret, C. M., & Civera-Mollá, C. (2015). Resilience And The Aging Process: Assessment Tools And Needs. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 191, 2008-2011.
- Nygren, B., Aléx, L., Jonsén, E., Gustafon, Y., Norberg, A., & Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9 (4), 1364-7863.
- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. (2008). Resiliência: Análise das Publicações no Período de 2000 a 2006. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 28 (4), 754-767.
- Ong, A., & Bergeman, C. (2004). Resilience and Adaptation to Stress in Later Life: Empirical Perspectives and Conceptual Implications. *Aging International*, 29 (3), 219-246.
- Ong, A., Bergeman, C., & Boker, S. (2009). Resilience Comes of Age: Defining Features in Later Adulthood. *Journal of Personality*, 77 (6), 1777-1804.
- Ong, A., Bergeman, C., Bisconti, T., & Wallace, K. (2006). Psychological Resilience, Positive Emotions, and Successful Adaptation to Stress in Later Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91 (4), 730-749.
- Perna, L., Mielck, A., Lacruz, M., Emeny, R., Holle, R., Breitfelder, A., & Ladwig, K. (2012). Socioeconomic position, resilience, and health behaviour among elderly people. *International Journal of Public Health*, 57, 341-349.
- Pesce, R., Assis, S., Santos, N., & Oliveira, R. V. (2004). Risco e Proteção: Em Busca de Um Equilíbrio Promotor de Resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Pierini, D., & Stuifbergen, A. K. (2010). Psychological Resilience and Depressive Symptoms in Older Adults Diagnosed with Post-Polio Syndrome. *Rehabilitation Nursing*, 35 (4), 167-175.
- Pietrzak, R. H., & Cook, J. M. (2013). Psychological Resilience in Older U.S. Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Depression and Anxiety*, 30, 432-443.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2011). Avaliação da Resiliência: Controvérsia em Torno do Uso das Escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 248-255.

- Ribeiro, O., Teixeira, L., Araújo, L., & Paúl, C. (2016). Health profile of centenarians in Portugal: a census-based approach. *Population Health Metrics, 14* (13), 1-6.
- Richardson, G. E. (2002). The Metatheory of Resilience and Resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58* (3), 307-321.
- Rosa, G., Martin, P., Gondo, Y., Hirose, N., Ishioka, Y., & Poon, L. W. (2014). Examination of important life-events of the oldest-old: Cross-cultural comparisons of U.S. and Japanese centenarians. *Journal of Cross-Cultural Gerontology, 29*, 109-130.
- Rosenbaum, M., Willcox, B., Willcox, C., & Suzuki, M. (2010). Okinawa: A Naturally Calorie Restricted Population. Em A. Everitt, S. Rattan, D. Couteur, & R. Cabo, *Calorie Restriction, Aging and Longevity* (pp. 43-53). Netherlands: Springer.
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *New York Academy of Sciences, 1-12*.
- Schure, M. B., Odden, M., & Goins, T. (2013). The Association of Resilience with Mental and Physical Health among Older American Indians: The Native Elder Study. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 20* (2), 27-41.
- Silverman, A. M., Molton, I. R., Alschuler, K.N., Ehde, D. M., & Jensen, M. P. (2015). Resilience Predicts Functional Outcomes in People Aging With Disability: A Longitudinal Investigation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 96*, 1262-1268.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment, 11* (1), 94-101.
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health, 19* (3), 192-200.
- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e Educação para Resiliência no Idoso. *Educação & Realidade, 40* (1), 33-51.
- Staudinger, U., Freund, A., Linden, M., & Maas, I. (2001). Self, personality, and life regulation: Facets of Psychological resilience in old age. Em P. Baltes, & K. Mayer, *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 302-328). Nova Iorque: Cambridge University Press.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1995). Resilience and Reserve Capacity in Later Adulthood: Potentials and Limits of Development across the Life Span. Em D. Cicchetti, & D. Cohen, *Developmental Psychopathology* (Vol. 2, pp. 801-847). New York: Wiley.
- Takata, H., Suzuki, M., Ishii, T., Sekiguchi, S., & Iri, H. (1987). Influence of major histocompatibility complex region genes on human longevity among Okinawan-Japanese centenarians and nonagenarians. *The Lancet, 330* (8563), 824-856.

- Terte, I., Stephens, C., & Huddleston, L. (2014). The Development of a Three Part Model of Psychological Resilience. *Stress and Health, 30*, 416-424.
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health, 16* (3), 317-326.
- Truffino, J. C. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental, 3* (4), 145-151.
- Vaupel, J. W. (2010). Biodemography of human ageing. *Nature, 464* (7288), 536-542.
- Wagnild, G. M. (2003). Resilience and Successful Aging: Comparison Among Low and High Income Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing, 42-49*.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1* (2), 165-178.
- Wells, M. (2009). Resilience in Rural Community-Dwelling Older Adults. *The Journal of Rural Health, 415-419*.
- Willcox, B. J., Willcox, D. C., & Ferrucci, L. (2008). Secrets of Healthy Aging and Longevity From Exceptional Survivors Around the Globe: Lessons From Octogenarians to Supercentenarians. *Journal of Gerontology, 63* (11), 1181-1885.
- Willcox, D. C., Willcox, B. J., Sokolovsky, J., & Sakihara, S. (2007). The Cultural Context of “Successful Aging” Among Older Women Weavers in a Northern Okinawan Village: The Role of Productive Activity. *Cross-Cultural Gerontology, 1-29*.
- Willcox, D., Willcox, B., & Poon, L. (2010). Centenarian Studies: Important Contributors to Our Understanding of the Aging Process and Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 1-6*.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology, 21*, 152-169.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 9* (8), 3-18.
- Windle, G., Markland, D., & Woods, R. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging & Mental Health, 12* (3), 285-292.
- Witham, M., & Sayer, A. (2015). Resilience and frailty: Further steps, best taken together. *European Geriatric Medicine, 6*, 405-407.
- Yang, Y., & Wen, M. (2014). Psychological Resilience and the Onset of Activity of Daily Living Disability Among Older Adults in China: A Nationwide Longitudinal Analysis. *Journals of Gerontology, 1-11*.

- Zeng, Y. (2004). Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey and some research findings. *Geriatrics and Gerontology International, 4*, 49-52.
- Zeng, Y. (2012). Toward deeper research and better policy for healthy aging - using the unique data of Chinese longitudinal healthy longevity survey. *China Economic Journal, 5* (2), 131-149.
- Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 1-9*.
- Zeng, Y., & Vaupel, J. W. (2002). Functional Capacity and Self-Evaluation of Health and Life of Oldest Old in China. *Journal of Social Issues, 58* (4), 733-748.