



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

**A Longevidade Excecional**  
Estudo sobre a Qualidade de Vida das Pessoas Centenárias  
da Beira Interior

**Susana da Silva Patrício**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Gerontologia**

(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Rosa Marina Afonso

**Covilhã, outubro de 2013**



## Dedicatória

Aos meus avós,  
pelo carinho, pelos cuidados, pelos valores,  
e pelas suas histórias que coloriram, com pinceladas de amor e proteção,  
a minha infância.



## Agradecimentos

A conclusão desta etapa foi possível com o contributo de pessoas e entidades muito significativas.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar um profundo agradecimento à Professora Doutora Rosa Marina Afonso, pela orientação interessada, pelas suas recomendações e por tudo que me ensinou, pela sua cordialidade e disponibilidade, pelo seu exemplo e pelas suas palavras de apoio e de incentivo constantes.

Aos investigadores do *PT 100 - Estudo dos Centenários do Porto*, que contribuíram com os seus instrumentos, orientações e recomendações, imprescindíveis à realização da investigação. Aos investigadores e voluntários do *PT 100 - Estudo dos Centenários da Beira Interior*. À Ana Panta, à Andreia e ao Roberto, por me acompanharem, de forma tão próxima e dedicada, neste desafio.

Aos centenários, por aceitarem de forma voluntária ceder-nos um pouco do seu tempo, partilhando as experiências e as suas ideias, de grande sabedoria. Aos seus familiares e às instituições que colaboraram atentamente.

À Lucília (J.F.S.V.B.) ao senhor Ernesto (E.S.S.V.B.), ao senhor João (C.S.C.B.) e aos amigos, que apoiaram ativamente na localização da nossa amostra.

Aos professores do curso de Gerontologia, agradeço os conhecimentos que puderam partilhar connosco. À Ana Rita, à Filipa e à Joana, pelo apoio e amizade.

Aos amigos Carmo, Estela, António, Sónia, Sara, Natália, Goreti, Natália, Carlos, Liliana, Maribel, Sónia, Luzita, Miguel, Ana Sofia e João Lobo, por serem especiais e por estarem presentes.

Aos meus irmãos e aos meus pais.



## Resumo

A par do aumento do número de pessoas idosas na população total, o tempo de vida tem sido igualmente prolongado. Se por um lado, nestas idades, o ser humano está mais vulnerável ao desenvolvimento de processos patológicos e incapacitantes, que poderão condicionar o seu bem-estar, a oportunidade de uma vida mais longa poderá não incluir as condições necessárias para que desfrute dos seus anos acrescidos com qualidade de vida. Investigar sobre uma população de extremas idades permite não só aprofundar o conhecimento sobre os processos de envelhecimento e os preditores da longevidade humana, mas também identificar e caracterizar os fatores relacionados com o envelhecimento bem-sucedido.

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do *PT 100 - Estudo dos Centenários da Beira Interior*, um sub-projeto daquele que constitui o primeiro estudo dos centenários portugueses: o *PT 100 - Centenários do Porto*. A sua entidade promotora é a Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (UNIFAI-ICBAS) integrando um consórcio internacional, com a Universidade de Heidelberg, na Alemanha, e a Universidade de Fordham (Estados Unidos da América).

Este constitui um estudo descritivo e transversal, de abordagem quantitativa e qualitativa. Visa a análise da avaliação subjetiva da qualidade de vida global e algumas dimensões relacionadas, como a autoperceção da saúde e o funcionamento cognitivo, das pessoas centenárias da Beira Interior. Participaram 13 centenários dos concelhos de Castelo Branco e de Figueira de Castelo Rodrigo, entre os 99 e os 105 anos ( $M= 101$  anos). Os dados foram recolhidos mediante a realização de uma entrevista, aplicando o protocolo de investigação utilizado no consórcio internacional. 85% da amostra auto-avaliou a sua saúde de forma positiva. Os resultados sugerem que 61,5% dos participantes apresentam défice cognitivo. Este parece ser mais prevalente em centenários institucionalizados. Cerca de 70% dos centenários e 100% dos seus *proxy's* e terceiros informantes apreciaram positivamente a qualidade de vida global do centenário. Os fatores considerados, pelos centenários, determinantes da sua qualidade de vida são: a satisfação com a vida, a saúde, a autonomia e a qualidade das relações familiares.

## Palavras-chave

Envelhecimento, Envelhecimento Bem-sucedido, Qualidade de vida, Longevidade, Idosos, Centenários



## Abstract

Along with the increasing number of elderly in the total population, the time of life has also been extended. On one hand, in these ages, human beings are more vulnerable to the development of pathological processes and disabling, which may restrict their wellbeing, the chance of a longer life may not include the necessary conditions to enjoy years added with quality of life. Investigate a population of extreme ages, allows not only increase knowledge of the ageing processes and predictors of human longevity, but also to identify and characterize factors related to successful ageing.

This work was developed under the *PT 100 - Beira Interior Centenarian Study*, a sub-project of that which constitutes the first study of portuguese centenarians: *PT 100 - Porto Centenarian Study*. Its promoter is the Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos from Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto (UNIFAI-ICBAS) integrating an international consortium with the University of Heidelberg, in Germany, and Fordham University, United States of America.

This is a descriptive and cross-sectional study, with a quantitative and qualitative approach. Aims to assess the overall quality of life and some related dimensions, such as self-perceived health and cognitive functioning of centenarians from Beira Interior. A sample consists of 13 centenarians living in Castelo Branco and Figueira de Castelo Rodrigo, between 99 and 105 years old with an average of 101 years old. Data were collected by interviews, applying the research protocol used in the international consortium. 85% of the sample self-rated their health positively. The results suggest that 61,5% of the participants shows cognitive impairment. This seems to be more prevalent in institutionalized centenarians. About 70 % of centenarians and 100% of their proxy's and their institutional representative appreciated positively the overall quality of life of the centenary. The factors considered, by centenarians, determinants of quality of life are: satisfaction with life, health, independence and quality of family relationships.

## Keywords

Ageing, Successful Ageing, Quality of Life, Longevity, Centenarians, Oldest Old



# Índice

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos .....	v
Resumo .....	vii
Abstract .....	ix
Índice .....	xi
Lista de tabelas .....	xv
Lista de quadros .....	xv
Lista de figuras.....	xv
Lista de gráficos .....	xvii
Lista de anexos .....	xvii
Lista de acrónimos .....	xix
Introdução .....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	3
1 As novas tendências de um envelhecimento demográfico global - a emergência do grupo dos mais idosos.....	5
1.1 Os centenários - o grupo emergente .....	6
1.1.1 O crescimento da população centenária no mundo.....	7
1.1.1.1 A medição da longevidade e comparação de resultados entre países .....	9
1.1.1.2 Os mitos da longevidade extrema .....	10
1.1.1.3 Critérios para a validação das últimas idades humanas .....	13
1.1.2 Longevidade excepcional e género.....	14
1.1.3 Os supercentenários .....	15
1.1.4 Projeções sobre a população centenária .....	15
1.2 Os centenários portugueses.....	16
2 Envelhecimento bem-sucedido e a longevidade extrema .....	19
2.1 Saúde e longevidade .....	20
2.2 Envelhecimento bem-sucedido .....	22
2.3 A actual geração de centenários: um exemplo de envelhecimento bem-sucedido? .....	23
2.3.1 Os centenários actuais - um grupo selecto .....	24
2.3.1.1 Saúde física .....	24
2.3.1.2 Saúde funcional .....	26
2.3.1.3 Saúde mental.....	28
2.3.1.4 Necessidades sociais e de saúde específicas dos centenários actuais .....	29

3	Pesquisa sobre a longevidade .....	31
3.1	Estudos sobre centenários .....	31
4	Longevidade excepcional e a qualidade de vida .....	35
4.1	Qualidade de vida .....	35
4.2	Avaliação da qualidade de vida .....	36
4.2.1	A qualidade de vida e a sua avaliação em pessoas idosas .....	38
4.3.1	Indicadores psicossociais da avaliação da qualidade de vida .....	40
4.3.1.1	Auto-avaliação da saúde .....	41
4.3.1.2	Funcionamento cognitivo .....	42
4.3.1.3	Funcionamento físico e autonomia .....	43
4.3.1.4	Recursos socioeconómicos .....	44
4.3.1.5	Recursos socio-emocionais e bem-estar .....	46
a)	Recursos sociais .....	46
b)	Eventos de vida .....	47
c)	Adaptação .....	49
d)	Bem-estar emocional .....	50
	Personalidade .....	50
	Felicidade, congruência e satisfação com a vida .....	51
	Compromisso com a vida .....	52
	Depressão e ansiedade .....	53
	Resiliência .....	53
	Positivismo .....	54
	Estoicismo .....	55
	Religiosidade .....	55
	Fontes de frustração .....	55
	Atitude perante a morte .....	55
	O “ aqui e o agora ” .....	56
	Estratégias de socialização .....	56
	Estratégias de <i> coping </i> e de resolução de conflitos .....	57
4.3.1.6	Avaliação global de qualidade de vida .....	57
	ESTUDO EMPÍRICO .....	61
5	Metodologia .....	63
5.1	Enquadramento e objetivos do estudo .....	63
5.2	Método .....	65
5.2.1	Desenho da investigação .....	65
5.2.2	Participantes .....	65
5.2.3	Instrumentos .....	68

---

5.2.4 Procedimentos.....	71
5.2.5 Análise de dados .....	73
6 Resultados .....	75
7 Discussão de resultados e conclusões.....	81
Referências bibliográficas .....	91
ANEXOS .....	97



## Lista de tabelas

Tabela 1 - Mitos da longevidade, identificados por Young <i>et al.</i> (2010) .....	12
Tabela 2- Numero de óbitos de pessoas centenárias em Portugal, por género, de 1996 a 2012 .....	18
Tabela 3 - Os principais resultados de investigações com pessoas centenárias relativos aos indicadores relacionados com a qualidade de vida. ....	58
Tabela 4 - Síntese da caracterização dos participantes. ....	67
Tabela 5 - Organização temática do protocolo de avaliação, em uso no PT100 - Centenários da Beira Interior.....	69
Tabela 6 - Fases e procedimentos do “A longevidade excepcional: Estudo sobre a qualidade de vida das pessoas centenárias da Beira Interior” .....	73
Tabela 7 - Frequência das respostas da avaliação subjectiva da saúde .....	75
Tabela 8 - Resultados obtidos com o MMSE (n=13) .....	76
Tabela 9 - Frequência das respostas da avaliação subjetiva da qualidade de vida.....	77
Tabela 10 - Avaliação da QdV do idoso, segundo a perspectiva do proxy, do terceiro informante e do centenário .....	78

## Lista de quadros

Quadro 1 - WHOQOL-100, versão portuguesa .....	38
--	----

## Lista de figuras

Figura 1 - <i>Park's Temple Model of Human Longevity</i> . ....	21
---	----



## Lista de gráficos

Gráfico 1 - Projeções da ONU acerca da população centenária no Mundo nas duas últimas décadas. ....	7
Gráfico 2 - Proporção de centenários, por género, em Portugal, de 1890 a 2011 .....	16
Gráfico 3 - Percentagens, por tipo de resposta, da avaliação subjetiva da saúde do centenário .....	75
Gráfico 4 - Resultados da aplicação do MMSE (n= 13).....	76
Gráfico 5 - Percentagens, por tipo de resposta, da avaliação subjetiva da QdV do centenário. ....	77
Gráfico 6 - Frequência com que foi referida cada dimensão de QdV. ....	79

## Lista de anexos

ANEXOS .....	97
Anexo A - Revisões sobre a investigação da longevidade excepcional .....	99
Anexo B - Determinantes de QdV referenciados pelos participantes do estudo .....	101



## Lista de acrónimos

- AIVD** - Actividades Instrumentais da Vida Diária  
**AVC** - Acidente Vascular Cerebral  
**AVD** - Actividades da Vida Diária  
**CASP-19** - Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure Measure of Quality of Life  
**CLHLS** - Chinese Longitudinal Healthy and Longevity Survey  
**CR** - Taxa centenária  
**DGS** - Direcção-Geral de Saúde  
**DP** - Desvio-padrão  
**ELSA** - English Longitudinal Survey of Ageing  
**EUA** - Estados Unidos da América  
**EURODEM** - European Community Concerted Action Epidemiology of Dementia  
**EUROSTAT** - European Statistics  
**GCS** - Georgia Centenarian Study  
**GDS** - Geriatric Depression Scale  
**GRG** - Gerontology Research Group  
**ICBAS** - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto  
**IDL** - International Database on Longevity  
**IMUSCE** - Italian Multicenter Study of Centenarians  
**INE** - Instituto Nacional de Estatística  
**M** - média  
**MMSE** - Mini Mental State Examination  
**n** - Número total de indivíduos  
**NECS** - New England Centenarian Study  
**NIA** - United States National Institute of Ageing  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**ONS** - Office National Statistics (Reino Unido)  
**ONU** - Organização das Nações Unidas  
**QdV** - Qualidade de Vida  
**SWEOLD** - Swedish Panel Study of Living Conditions of The Oldest Old  
**THE 5 COOP Study** - Five Country Oldest Old Project  
**UBI** - Universidade da Beira Interior  
**UE** - União Europeia  
**UNIFAI** - Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos  
**Vs.** - Versus  
**WHOQOL - 100** - World Health Organization Quality of Life (escala completa)  
**WHOQOL - BREF** - World Health Organization Quality of Life (escala resumida)  
**WHOQOL-OLD** - World Health Organization Quality of Life Measure for Older People



## Introdução

A evolução da ciência, da técnica e da tecnologia tem permitido o prolongamento da sobrevivência até idades muito avançadas, outrora incomuns, por um número crescente de pessoas. Particularmente, após a viragem do século, assistiu-se a um aumento exponencial do último grupo etário: os centenários. Estes indivíduos que superam, em média, em cerca de 20 anos a esperança de vida à nascença (de 76, 7 e 82,6 anos para o género masculino e feminino, respetivamente, em Portugal) (INE,2011) são elementos de um grupo altamente selecionado.

Num contexto onde se debatem os limites da vida humana e o seu impacto nas estruturas sociais, económicas, sanitárias e culturais, também se questiona se esse aumento de tempo de existência é vivido com qualidade ou se nos anos adicionais esta declina. A qualidade de vida (QdV), enquanto objeto de estudo, ainda é relativamente recente. No entanto, os resultados de algumas pesquisas têm demonstrado que é menor nos indivíduos muito idosos, sobretudo do género feminino, comparativamente a outros grupos demográficos (Serra *et al.*, 2011).

As projeções recentes da Organização das Nações Unidas (ONU) sugerem que o envelhecimento demográfico irá continuar a acentuar-se no futuro, pelo que é importante mensurar e monitorizar a qualidade de vida da população crescente, com necessidades específicas, resultantes das alterações que acompanham o processo de envelhecimento, acrescidas da sua manutenção durante um período de vida mais longo.

O estudo dos centenários encontra-se em pleno desenvolvimento a nível internacional. Estão, atualmente, em curso, em várias regiões do mundo, pesquisas com diversas delineações metodológicas, testando os possíveis preditores da longevidade humana, investigando sobre os processos de envelhecimento, caracterizando a população centenária ou descrevendo os fatores que contribuem para uma vida com mais qualidade e bem-estar, particularmente, nas últimas etapas do ciclo vital.

Nesta sequência, surge o primeiro estudo dos centenários portugueses, denominado PT 100 - Centenários do Porto. É um projeto que integra um consórcio internacional, entre a Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (UNIFAI-ICBAS) a sua entidade promotora, a Universidade de Heidelberg, na Alemanha, e a Universidade de Fordham (Estados Unidos da América [EUA]). Paralelamente ao estudo dos centenários do Porto, foi iniciada uma pesquisa sobre os

centenários residentes na Beira Interior, um sub-projeto do primeiro, o PT 100 - Estudo dos Centenários da Beira Interior, no qual se integra o presente estudo.

O objetivo deste estudo consiste na avaliação da qualidade de vida das pessoas centenárias da Beira Interior, partindo da sua perspectiva. Vários estudos anteriores, examinando a qualidade de vida, identificaram um conjunto de variáveis que podem constituir fatores de proteção, em potenciais circunstâncias de adversidade, ou recursos, em eventuais dificuldades que surgem na vida, em especial, na vida tardia. Sendo um construto amplo e multidimensional, serão investigados apenas três das suas dimensões: a auto-perceção da saúde, o funcionamento cognitivo e a avaliação subjetiva da qualidade de vida.

O trabalho é composto uma parte teórica, dedicada ao enquadramento do estudo, e uma componente empírica, que apresenta a metodologia e os resultados da investigação. Na primeira será revisto o estado da arte quanto à pesquisa sobre a população mais idosa, os seus principais resultados, a emergência dos centenários, em Portugal e no Mundo, e far-se-á uma breve abordagem aos indicadores psicossociais utilizados em estudos internacionais na avaliação da qualidade de vida deste grupo peculiar. Na segunda parte, é descrita a metodologia de pesquisa utilizada, os resultados obtidos, a sua discussão, terminando com as conclusões do trabalho realizado, as suas limitações e potencialidades.

# ENQUADRAMENTO TEÓRICO



# 1 As novas tendências de um envelhecimento demográfico global - a emergência do grupo dos mais idosos

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que surgiu a partir da segunda metade do século XX, nas sociedades industrializadas, caracterizando-se pelo aumento da longevidade, com a redução do nível de mortalidade, pela diminuição da natalidade, resultando no decréscimo do número de jovens, e, embora de forma menos expressiva, pelos movimentos migratórios, originando um aumento da proporção de pessoas idosas na população total (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013).

Embora inicialmente circunscrito aos países industrializados, ao longo do tempo estendeu-se aos países em desenvolvimento (recentemente, nestes, a um ritmo maior) constituindo, hoje, uma realidade global. Os progressos nas ciências biomédicas, na educação, em especial na educação para a saúde, e nas políticas públicas (Fernández-Ballesteros, 2004), o acesso a mais e melhores cuidados de saúde, a esperança média de vida a elevar-se continuamente e a diminuição da mortalidade infantil têm sido as razões mais apontadas para a transição demográfica.

À semelhança de outros países desenvolvidos, tem-se assistido à diminuição da base e ao alargamento do topo da pirâmide etária portuguesa, com o crescimento superior da população idosa e a diminuição da proporção de jovens, acentuando os desequilíbrios que se têm verificado, década após década, desde pouco mais de meados do século passado (INE, 2012). Desde essa data, a população idosa portuguesa duplicou a sua proporção na população total. Considerando o último século (de 1911 a 2011), o número de efetivos idosos é 5,7 vezes maior (de 350 897 para 2 010 064 sujeitos).

Na última década (2001-2011), a proporção de jovens diminuiu de 16 para 15% e a de idosos (com 65 e mais anos) aumentou de 16 para 19,2%. O índice de envelhecimento nacional, neste período, elevou, aproximadamente, de 102 para 128, o que significa que, por cada 100 jovens, havia 128 idosos a residir em Portugal (INE, 2012). A média dos 27 países que compunham a União Europeia em 2011 (UE 27) era de 113, colocando Portugal no sexto lugar do *ranking* daquele indicador (Pordata, 2013).

O grupo dos mais idosos é, atualmente, o que tem apresentado um crescimento maior e mais rápido na população mundial (Kwak, Lee, Oh, & Park, 2010). Segundo dos dados da *Eurostat*, para 2010, a percentagem de população de 80 e mais anos subiu mais de 5% todos os países

que integravam a União Europeia, entre 2011 e 2011 (Lanzieri, 2011, *cit. in Serra et al.*, 2011).

O índice de longevidade nacional, relacionando a população com 75 e mais anos com a população total, tem vindo a aumentar de forma gradual de cerca de 39, em 1991, para 41 em 2001 e 48 em 2011. No Alentejo, aproximadamente metade da população idosa tinha, em 2011, idade igual ou superior a 75 anos (apresentando um índice de longevidade igual a 52) (INE, 2012).

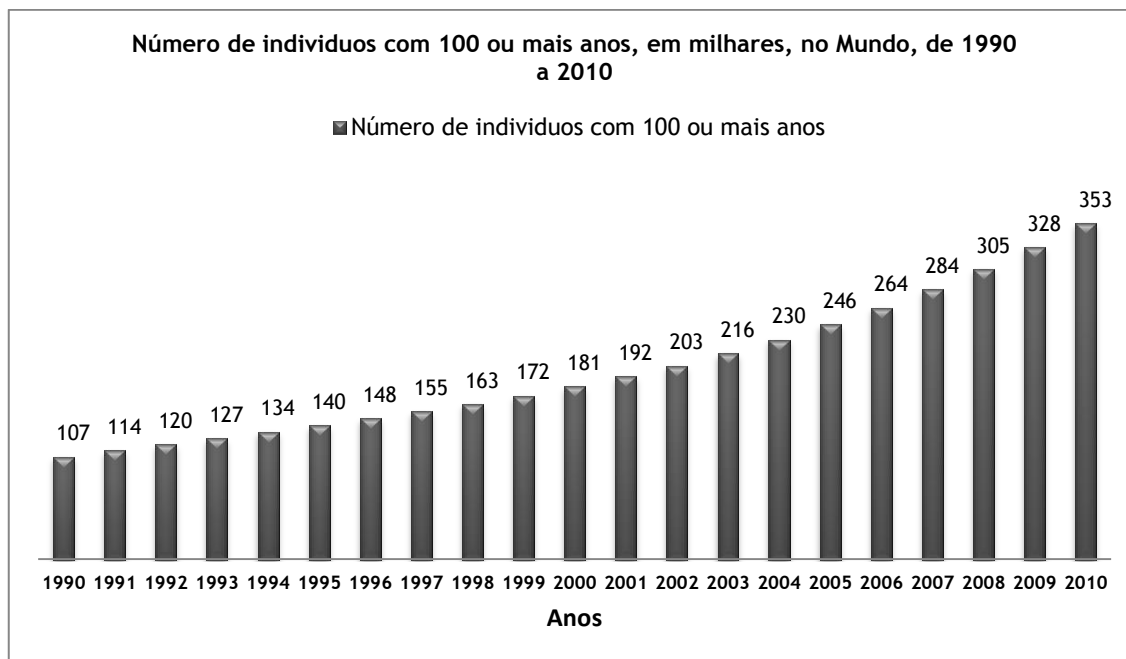
De acordo com as projeções para a população portuguesa, para o período 2008-2060, manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, com um continuado incremento no índice de envelhecimento da população nacional, conjeturando, para 2060, 271 residentes idosos por cada 100 jovens. (INE, 2011). Para tal, de acordo com a mesma fonte, contribuirá, principalmente, a tendência da evolução da população mais idosa, com 80 e mais anos de idade, que poderá passar de 4,2% (2008) para valores entre 12,7% e 15,8% em 2060, resultante do incremento tendencial da esperança média de vida (INE, 2009).

O desafio é, pois, assegurar a sustentabilidade dos sistemas económicos, sociais e de saúde, num período de diminuição da população em idade ativa e do aumento da proporção de pessoas idosas, que necessitarão, seguramente, de um sistema articulado e flexível de cuidados sociais e de saúde, com diversificação de serviços e de recursos, de modo a assegurar a qualidade dos anos adicionais que lhes serão permitidos viver.

## 1.1 Os centenários - o grupo emergente

Como subgrupo etário, o número de centenários evolui de forma idêntica ao grupo dos mais idosos (indivíduos com 85 ou mais anos), particularmente nos países de baixa mortalidade do mundo (Serra *et al.*, 2011). O seu número quase duplicou a cada década desde 1950 (Serra *et al.*, 2011), sobretudo nos países europeus, e projecta-se que entre o período compreendido entre 2005 e 2030 quintuplicarão (Robine *et al.*, 2010). Em 1990, as projecções da ONU indicavam a existência de 107 000 centenários, no mundo. Vinte anos depois, esse valor é, aproximadamente, três vezes superior (353 000 indivíduos), como indica o Gráfico 1.

Gráfico 1 - Projeções da ONU acerca da população centenária no Mundo nas duas últimas décadas.  
Fonte: World Population Prospects: The 2012 Revision (ONU, 2013)



Nos países desenvolvidos, no mesmo período, eram inicialmente estimados em 68 000 e, no final, em 201 000. Nos países em desenvolvimento, o aumento foi superior sendo o número inicial multiplicado por um fator de 4: de 39 000 para 152 000 pessoas idosas com 100 ou mais anos (Organização das Nações Unidas [ONU], 2013). No final do século passado, a proporção de centenários, a nível mundial, era de 1 para 100 000 indivíduos. Nos países desenvolvidos, o número de sujeitos aumentou para 10 por 100 000 habitantes, sendo ainda mais elevado nas regiões com níveis mais baixos de mortalidade, como Okinawa, no sul do Japão, com 34 centenários por 100 000 indivíduos (Kwak *et al.*, 2010).

### 1.1.1 O crescimento da população centenária no mundo

O aumento no número de centenários não é similar na data, no número e no ritmo com que ocorre nos países. Este é mais rápido no Japão e muito lento na Dinamarca, como exemplo. No Japão em 1963, existiam 154 centenários aquando da elaboração da primeira lista deste grupo etário pelo Ministério da Saúde e Bem-Estar desse país. Em 2009, 46 anos depois, eram 40 339 (Robine *et al.*, 2010). De 1996 a 2006, o número de centenários quadruplicou (4,2 vezes mais) no Japão enquanto que na França o número de indivíduos de idade igual ou superior a 100 foi multiplicado por 2, na Suíça por 1,9, na Suécia por 1,7, na Dinamarca por 1,6 e por um fator menor que 1,5 no norte da Europa, na Noruega, na Islândia e na Bulgária (Robine *et al.*, 2010).

Para além do tamanho da população total (no período que medeia 1996 e 2006, a população japonesa tinha duas vezes mais o tamanho da população francesa e esta última era dez vezes maior que a população suíça), do tamanho das coortes de nascimento (do aumento das coortes japonesas no final do século XIX), que apenas explicam parte do aumento registado, foram divulgados outros fatores que levam a esta diferenciação observada no ritmo do aumento do número de centenários.

Este aumento demográfico poderá estar relacionado com os seguintes fatores: o número de recém-nascidos há cem anos, a sua sobrevivência até à idade de cem anos e a sobrevivência após esta idade (Herm, Cheung & Poulain, 2012). A investigação tem destacado, como factor predominante a sobrevivência entre os 80 e os 100 anos e seguintes, do qual é exemplo um estudo realizado pelo *Office for National Statistics* (ONS), em 2011, no Reino Unido (Robine *et al.*, 2010). De acordo com esta instituição, o aumento da sobrevivência após os 80 anos parece estar associado aos avanços na Saúde, às melhorias na habitação, nos padrões de vida e à nutrição melhorada.

Para Serra *et al.* (2011), o aumento gradual do número de centenários, nas últimas décadas, constitui, provavelmente, um reflexo dos ganhos adicionais na mortalidade infantil e na mortalidade na terceira idade, mais do que o número de nascimentos, que diminuiu ao longo do século XX. De fato, alguns estudos têm revelado que a evolução do número de recém-nascidos tem um impacto limitado no aumento do número de centenários e a sobrevivência após os 100 anos de idade, ainda que esteja a aumentar em todos os países, explica apenas uma parte do total aumento do número de centenários (Herm *et al.*, 2012; Serra *et al.*, 2011).

Para os investigadores do *The 5 COOP Study - Five Country Oldest Old Project*, este aumento constitui um resultado de um diferencial no crescimento da população e das coortes de nascimento e, especialmente, de um diferencial na selecção de mortalidade nas idades avançadas, ou seja, o quanto é fácil ou difícil sobreviver a uma determinada idade (Robine *et al.*, 2010). Os resultados desta investigação, que tinha como objetivo especificar o nível de selecção de mortalidade entre os nonagenários e os centenários residentes em cinco países de baixa mortalidade (Dinamarca, França, Japão, Suécia e Suíça), identificaram três níveis de selecção de mortalidade, nestes países: (1) um nível mais suave no Japão, (2) um forte nível na Dinamarca e Suécia e (3) um nível intermédio na França e na Suíça (Robine *et al.*, 2010).

Foi 2,4 vezes mais fácil para as mulheres japonesas nascidas em 1905 estar vivas na idade de 80, em 1985, tornar-se uma centenária em 2005 e 2,6 vezes mais fácil para o grupo masculino japonês (com um nível suave de selecção de mortalidade) comparativamente aos seus

homólogos dinamarqueses (com um nível forte de selecção de mortalidade) (Robine et al., 2010).

Embora o aumento do número de centenários tenha ocorrido, até então, de modo gradual na maioria dos países e, de forma excepcional, em alguns países com um nível baixo de mortalidade, não há, atualmente, para alguns autores, uma teoria que comprove que esta tendência de crescimento se continue a verificar no futuro (Herm, Cheung, & Poulain, 2012).

#### 1.1.1.1 A medição da longevidade e comparação de resultados entre países

A medição da longevidade e a comparação do crescimento do grupo etário mais longo, entre diferentes populações, requerem alguma cautela, pois, existem várias circunstâncias que podem dificultar e/ou enviesar estas análises, nomeadamente:

- As variações na fertilidade e o tamanho da população total, que diferem de país para país (Herm *et al.*, 2012);
- As migrações, em que número de novos centenários entre a coorte de nascimento original poderia ser subestimado em países com grande imigração, como a França, ou sobrestimada em países com grande emigração (Herm *et al.*, 2012);
- O número inicial destes idosos varia bastante entre regiões, daí que o crescimento no número de centenários parece maior onde os níveis iniciais eram mais baixos (Herm *et al.*, 2012; Robine *et al.*, 2010);
- A medição imprecisa dos idosos com idades extremas, em populações anteriores e em populações sem um registo civil eficiente (Herm *et al.*, 2012; Young, Desjardins, McLaughlin, Poulain, & Perls, 2010).

Assim, torna-se inviável comparar o número de idosos mais velhos com o total da população, com outros grupos etários mais jovens ou comparar apenas o número absoluto de centenários entre países. Para minorar estes enviesamentos, Herm *et al.* (2012) destacam a importância de uma identificação precisa dos centenários e usaram uma fórmula para a medição do aumento do número deste grupo etário, que deverá ser calculado comparando o número de centenários (aquele já com idade 100 ou mais anos) e o novo grupo de centenários (Herm *et al.*, 2012). O número de novos centenários num determinado ano é o resultado da trajetória de sobrevivência até à idade de 100 anos no seu próprio grupo, nascido um século antes. Ou seja, é o resultado da comparação anual entre o número de idosos que completam os 100 anos e a dimensão das coortes de nascimento correspondentes (Herm *et al.*, 2012).

Assim, para os mesmos autores, as mulheres francesas têm uma maior probabilidade de atingir a idade de 100 anos, seguidas pelas do Japão e Holanda. O índice diminui para cerca

de metade para a residentes na Bélgica e para aproximadamente 1/3 para a Finlândia centenários (Herm *et al.*, 2012). Os homens japoneses têm a maior probabilidade de superar o centésimo aniversário, seguidos dos holandeses e em menor posição para os finlandeses (estes baixos valores podem ser explicados pela emigração desse país, no início do século XX) (Herm *et al.*, 2012).

Para limitar os efeitos das migrações, para além de confrontar o número de novos centenários com o número da mesma coorte, observada entre o nascimento e a idade de 100 anos, foi proposta a utilização de um novo indicador, a taxa centenária (CR), para comparar o número de centenários novos com o número da mesma coorte observada num censo da população 40 anos antes, aos 60 anos de idade (Robine & Caselli, 2005, *cit. in* Herm *et al.*, 2012). À exceção da Rússia, os CR's da Bélgica, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Itália, Japão, Holanda, Noruega, Suécia e Suíça aumentaram entre 2000 e 2010, mas com uma variação significativa. O CR atingiu um pico de 358 (por 10 000) para mulheres centenárias no Japão comparada com 207 na França e 203 no Canadá, enquanto que na Rússia, o CR diminuiu de 2000 para 2010, de 34 para 25 (Herm *et al.*, 2012).

Em suma, o número de centenários numa determinada população depende do número de pessoas que atingem os 100 anos de idade e a sua sobrevivência após essa idade. O número de novos centenários é determinado, então, pelo número de recém-nascidos de um século antes, os níveis de mortalidade desde o nascimento até à idade de 100 anos e o resultado das migrações durante esses 100 anos. O aumento em número absoluto de centenários é calculado comparando a evolução do número de nascimentos um século antes, a proporção de novos centenários e o número de pessoas com idade igual ou superior a 100 (Herm *et al.*, 2012).

### 1.1.1.2 Os mitos da longevidade extrema

Para se conhecer o número real de centenários nos países, a sua evolução ao longo do tempo, e tecer comparações, é necessário ir além do uso de equações que ponderam um conjunto de variáveis específicas e essenciais, conferindo-lhe a exactidão e precisão do cálculo matemático. É importante não descuidar o conhecimento existente sobre a natureza humana e, confirmar, portanto, se as idades declaradas coincidem, efectivamente, com as idades cronológicas.

Ao longo da história, vários demógrafos e alguns cientistas anuíram algumas reivindicações de idades extremas, sem atestarem a veracidade dessas declarações, através de uma análise crítica ou a recolha de meios de prova, por motivações políticas, nacionais, religiosas e/ou outras. Os meios de comunicação social, na atualidade, continuam a divulgar histórias de

peessoas que ultrapassam o limite da idade cientificamente aceite para a vida humana, de 122 anos (Young *et al.*, 2010).

A primeira iniciativa de verificação da idade extrema foi realizada pelo demógrafo Adolpho Quetelet, que investigou as presumidas idades centenárias observadas no primeiro censo belga, datado de 1846 (Poulain, Chambre, & Foulon, 1999, *cit. in* Young, Desjardins, McLaughlin, Poulain, & Perls, 2010). Também o escritor e demógrafo britânico William Thoms, autor da obra *Human Longevity: Its Facts and Fictions* (1879) investigou as idades extremas reivindicadas em contos populares, algumas superiores a 110 anos, confrontando estas informações com os dados de empresas de seguros de vida. Nesta pesquisa não foram encontrados indivíduos com idade superior a 103 anos (Young *et al.*, 2010). Face às continuadas reivindicações erróneas de presumíveis “pessoas mais velhas do mundo”, os editores do *Guinness Book of World Records*, em 1955, mencionaram a necessidade de autenticar essas declarações com registos suficientes (Young *et al.*, 2010).

No final de 1980 e inícios de 1990, um grupo de demógrafos e gerontologistas reuniu-se para formular critérios de validação ou revogação de reivindicações de extrema idade, criando também, nesta data, uma lista de supercentenários, a *International Database on Longevity* (IDL). Foi, ainda, fundado o *Gerontology Research Group* (GRG) que reuniu um grupo de investigadores e leigos, interagindo através da Internet, para a manutenção de um banco de dados real e atualizado de supercentenários (com 110 ou mais anos), iniciado em 1999 (Young *et al.*, 2010).

No estudo de Young, Desjardins, McLaughlin, Poulain, & Perls (2010), que teve como objetivo investigar as circunstâncias típicas ou fatores de motivação que fundamentam a declaração de uma idade errónea, foi comparado o número de centenários gerados pelo *Social Security Death Index*, com uma lista validada pelo GRG. Os autores concluíram que a taxa de validação declinava com a idade, cerca de 35% na idade de 110 a 111 anos, 2% na idade de 115 anos e de 0% na idade de 120 e mais anos.

A maioria destas alegações erróneas de idades extremas surge em áreas geográficas com um registo civil inadequado, onde este é recente ou onde foram destruídos pela guerra (Médio Oriente) (Young *et al.*, 2010). Por exemplo, na China, o registo das idades é efetuado de acordo com o zodíaco chinês, em 12 anos, o que dificulta a confirmação da idade, e, para além disso, inicia-se no 1, em vez do 0, o que inflaciona a idade em um ano. No entanto, também existem em situações com registos completos, em que se encontram óbitos não são reportados, fraudes de pensões, problemas com a documentação de imigrantes, entre outras ocorrências. Young e os seus colegas (2010) identificaram onze mitos da longevidade associados a falsas declarações de idade excepcional, listados na tabela 1.

Tabela 1 - Mitos da longevidade, identificados por Young *et al.* (2010)

Mito	Descrição
<b>Mito religioso, patriarcal e genealógico</b>	Uma idade avançada, em algumas civilizações, confere <i>status</i> , sabedoria e é símbolo de uma distinção familiar. Neste mito incluem-se membros de uma elite da sociedade. Exemplos deste mito são algumas figuras bíblicas, como Abrão, que viveu 175 anos.
<b>Mito da longevidade do ancião da aldeia</b>	Este mito é frequente em lugares como Bangladesh, Nigéria, Indonésia e Paquistão. A motivação dos indivíduos que alegam uma extrema idade é constituir uma fonte de orgulho e de alegria local. Pode ser considerado uma versão localizada do mito patriarcal, que envolve pessoas comuns.
<b>Mito da fonte da juventude</b>	Alguém que testemunha, falsamente, o sucesso de uma determinada substância com presumíveis propriedades benéficas que concede uma longevidade excepcional a quem a consome, e a publicita - um mito não menos usual entre os reivindicadores de uma idade extrema.
<b>Mito da longevidade Shangri-Lá</b>	Esta tipologia pressupõe a existência de um determinado lugar, uma aldeia ou uma região, que possui uma série de condições qualitativamente distintas de outros, que proporcionam, aos seus habitantes, uma vida até aos limites da longevidade humana. Shangri-La era o nome de um paraíso fictício de uma novela, no qual os seus habitantes viviam felizes, isolados e em contato próximo com a natureza. A região montanhosa do Cáucaso, a região montanhosa de Vilacamba, no Equador, e o vale Hunza no Paquistão, constituíram esses “paraísos”, até a investigação refutar esta informação. Em Vilacamba, por exemplo, verificou-se que, apesar de se tratar de uma população envelhecida, não existiam, à data, habitantes com 100 ou mais anos.
<b>Mito da longevidade nacionalista</b>	Esta tipologia foi comum com a ascensão e auge do nacionalismo, na antiga União Soviética, de algum modo, para ajudar a promover a superioridade das condições de vida comunista e a sua nação. Na guerra fria, nos EUA e na URSS, foram frequentes os relatos de casos de extrema longevidade, ora numa, ora noutra região.
<b>Prática espiritual</b>	Em algumas práticas religiosas ou filosofias, o seguidor, se cumprir os seus preceitos, poderá viver até ao extremo da velhice. Difere do conceito de “bênção religiosa”, característica nas religiões monoteístas, em que a longevidade é alcançada por “graça de Deus”.
<b>Mito da</b>	Algumas famílias transmitem histórias de membros de gerações anteriores que

<b>longevidade familiar</b>	viveram até uma idade muito avançada. Muitas dessas idades são aumentadas e não existem evidências documentadas que suportem a validade dessa informação. A idade do familiar tende a ser mais elevada, quanto mais antiga for a sua geração.
<b>“A pessoa mais velha do mundo”</b>	Este mito é mais frequente em locais onde o registo da população é impreciso, de forma mais ou menos consciente, induzida em erro ou por fragilidade cognitiva, a motivação para a alegação de posse de idade extrema é a procura da notoriedade pessoal ou familiar.
<b>Idade militar incorrecta</b>	Neste caso, a alegação de uma idade errónea tem a ver com o alcance ou a exclusão de um estatuto militar: ou para cumpri-lo precocemente ou para evita-lo. Como exemplo, Frank Buckles, o último sobrevivente veterano dos EUA da Primeira Guerra Mundial, afirmou ter 21 anos para se poder juntar ao exército, em 1917, tendo efectivamente 16 anos, e faleceu aos 110 anos (115 segundo os registos de recrutamento).
<b>Erros administrativos de registo</b>	Estes correspondem a erros na anotação da data de nascimento ou da declaração de óbito. Na Bélgica, de acordo com o investigador Michel Poulain, a proporção de falsas alegações, por esta causa, é de 1% na idade de 100 anos, 5% em 105 anos, 50% em 110 e 100% na idade igual ou superior a 115 anos.
<b>Mortes não registadas</b>	As fraudes de pensões constituem uma das causas mais comuns das reivindicações etárias extremas, em casos em que familiares com nome semelhante continuam a receber a pensão, assumindo a identidade da pessoa falecida, ou a alegação de uma idade superior para, prematuramente, usufruírem deste benefício.

### 1.1.1.3 Critérios para a validação das últimas idades humanas

Para minorar a inclusão de elementos inválidos na pesquisa científica sobre a longevidade excepcional e nos registos oficiais é essencial a validação da idade. Os procedimentos de averiguação da idade, mencionados em *Typologies of Extreme Longevity Myths*, por Young e colegas (2010), incluem:

- O cálculo da idade, que deverá ser realizado a partir do registo de nascimento, com o registo de óbito ou na presença da pessoa; na inexistência de um documento de registo de nascimento, esta data deverá ser comprovada a partir de um documento com uma data próxima do alegado nascimento (registo num censo local);

- A identificação do declarante precisa, necessitando, para tal, da confirmação do nome dos pais, dos irmãos, do conjugue, dos filhos e do local de nascimento; quando o nome da identificação é insuficiente, serão indispensáveis registos provenientes de outras fontes; a congruência dos eventos da vida (casamento, nascimento dos filhos, escolaridade, entre outros) com a alegada data de nascimento;
- A reconstituição da família, considerada pelos autores citados um critério essencial numa validação ideal. Toda a informação recolhida deve ser coerente e consistente e, quanto mais se avança na idade, mais meios de prova são necessários (Young *et al.*, 2010).

### 1.1.2 Longevidade excepcional e género

As melhorias nas taxas de sobrevivência têm “*tradicionalmente e desproporcionalmente favorecido as mulheres, o que evidencia algum grau de nivelamento de género na população mais idosa*” (Serra *et al.*, 2011, p. 9). Os distintos hábitos de vida, as diferentes personalidades, as distintas reações à doença, as diferenças fisiológicas e as desiguais respostas aos estímulos ambientais são, para Sidell (1995, *cit. in* Squire, 2002), algumas causas para tal diferenciação de género.

Em 1946, de acordo com o *Human Mortality Database*, havia 235 homens e 1098 mulheres centenárias em 17 países do continente europeu (Robine & Saito, 2009; Serra *et al.*, 2011). Em 2006, esta desigual representatividade de géneros no grupo dos mais idosos manteve-se, com 49 078 mulheres centenárias *versus* 8 228 centenários homens em 27 países europeus (Robine & Saito, 2009), com uma proporção média de cerca de 6 mulheres para 1 homem, entre uma proporção de 7,1 observada na França e um rácio de 5,3 na Suíça (Robine *et al.*, 2010). Em Portugal, esta proporção era, em 2011, de 5,6 mulheres para 1 homem centenário.

As diferenças de género não são exclusivas nos países europeus, mas estendem-se à maioria das regiões do mundo onde foram ou estão a ser desenvolvidos estudos sobre as populações mais idosas. As mulheres têm uma proporção consideravelmente maior neste grupo emergente que os homens, na maioria das regiões com dados credíveis, à exceção da Sardenha, na Itália, na qual ambos os géneros estão representados de forma idêntica (Poulain, Pes & Salaris, 2011). No entanto, existem evidências de que essa disparidade parece estar a diminuir ligeiramente nos últimos anos, como consequência das melhorias relativas à mortalidade masculina (Kwak *et al.*, 2010; Serra *et al.*, 2011).

Estas disparidades de género não são apenas em números, mas também em saúde e em recursos financeiros. As mulheres mais velhas têm a maior probabilidade de incorrer no duplo

risco dos efeitos de género e idade, traduzindo-se numa saúde física e funcional precária, na inadequação de recursos económicos às suas necessidades que, conjugadas, aumentam o risco da deterioração da saúde mental (Serra *et al.*, 2011).

### 1.1.3 Os supercentenários

Os denominados supercentenários são os indivíduos que completaram 110 ou mais anos de vida. A pessoa reconhecida como a mais velha do mundo foi Jeanne Calment, de nacionalidade francesa, que completou 122 anos e 164 dias (de 21 de Fevereiro de 1875 a 04 de Agosto de 1997) (Young, Desjardins, McLaughlin, Poulain, & Perls, 2010).

Em Portugal não é conhecido o número atual destes idosos mais idosos. No entanto, num período que medeia 1996 a 2012 foram registados 19 óbitos de indivíduos com idades compreendidas entre 110 e 114 anos e, em 2009, foi registado um 1 óbito de uma centenária com idade entre os 115 e os 119 anos (INE, 2013).

O estudo norte-americano *New England Centenarian Study* (NECS) reúne a maior amostra de supercentenários do mundo: cerca de 100 sujeitos, entre 110 e 119 anos, recrutados em toda a América do Norte (onde existe 1 supercentenários por 5 milhões de pessoas). Em todo o mundo, estima-se que existam cerca de 250 a 300 supercentenários (Young *et al.*, 2010).

### 1.1.4 Projeções sobre a população centenária

A esperança média de vida tem sido aumentada, à escala global, aproximadamente em cerca de 2,5 anos a cada década que passa, devido a uma redução da mortalidade em todas as idades, o que tem contribuído para o crescimento do número dos mais longevos (Arnold *et al.*, 2010; Herm *et al.*, 2012; Serra *et al.*, 2011). Se esta diminuição se mantiver ao mesmo ritmo com que ocorreu ao longo dos dois últimos séculos, é provável que uma grande parte das crianças nascidas hoje nos países de baixa mortalidade alcancem, no futuro, as idades centenárias (Vaupel, 2000, *cit. in* Willcox, Willcox & Poon, 2010, p.1). Apesar de representarem, ainda, uma pequena proporção da população total, as projeções mais recentes da população mundial, publicadas pela ONU, revelam que o número de centenários é suscetível de se elevar exponencialmente nas próximas décadas.

Em 2010, a *United Nations World Populations Prospects* divulgou que o número de centenários irá continuar, tendencialmente, a aumentar ao nível mundial, em particular na segunda metade do século XXI. Esta entidade estima, para 2050, a existência de 3 224 000 centenários no mundo, ascendendo aos 17 795 000 no final do século XXI (Serra *et al.*, 2011).

No entanto, prevê diferentes disposições entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, quanto ao número e ao ritmo do aumento deste grupo etário. A médio prazo, o número de centenários, nos países em desenvolvimento atuais tenderá a ser superior comparativamente ao dos países desenvolvidos e mais de metade destes indivíduos residirá nessas regiões. O aumento na dimensão das coortes de nascimento, nos primeiros, ao longo do século XX, o seu nível inicial baixo de longevidade, as esperadas melhorias contínuas na sobrevivência antes e após a idade de 100 anos, serão, segundo as análises desta organização, responsáveis pelo futuro crescimento do número dos idosos com idades iguais ou superiores a 100 anos (Herm *et al.*, 2012).

## 1.2 Os centenários portugueses

A par do reforço do número de pessoas idosas na estrutura demográfica nacional e internacional e do prolongamento das suas vidas até idades cada vez mais avançadas, temos assistido, de igual modo, ao aumento da representação, neste segmento populacional, do número das pessoas que alcançam o centésimo ano de vida. Os resultados dos Censos, referenciados ao dia 21 de Março de 2011, indicam que residiam em Portugal, nesta data, 1526 pessoas centenárias, 1253 do género feminino e 273 do género masculino (INE, 2013).

O número de centenários portugueses, identificados em 2011, comparativamente ao registado há um século atrás, em 1911, é aproximadamente quatro vezes superior, mantendo-se uma disparidade de valores em ambos os géneros. Em 1911, 67,0% (265, de 395 indivíduos) dos centenários eram mulheres e 32,9% (130, de 395 indivíduos) eram homens. Um século depois, 82,1% (1253, de 1526) dos centenários portugueses são do género feminino e apenas 17,89% (273, de 1526) do género oposto, acentuando-se a diferença entre o número de homens e o número de mulheres que alcançam e superam os 100 anos (Gráfico 2). Um resultado distinto à tendência internacional que aponta para uma diminuição desta diferença.

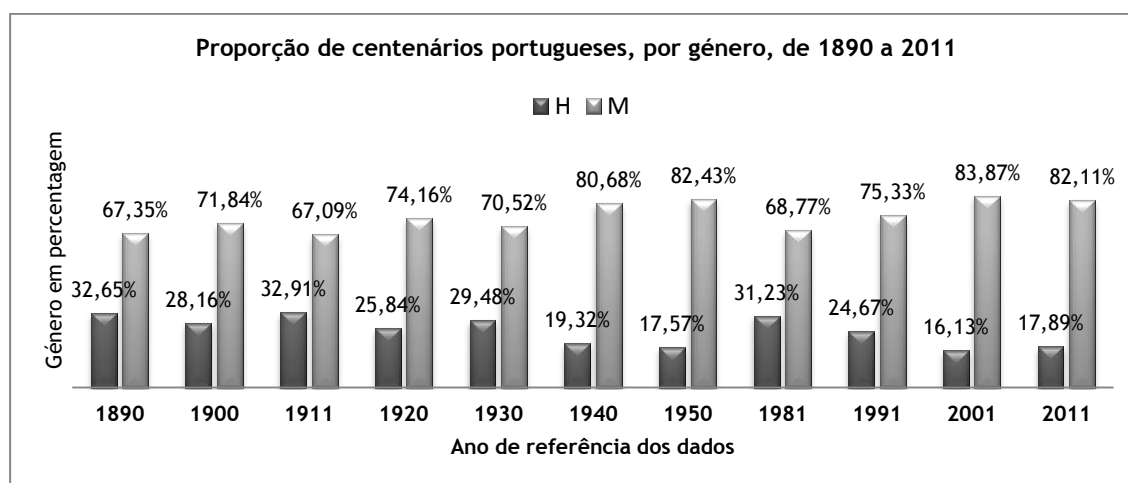


Gráfico 2 - Proporção de centenários, por género, em Portugal, de 1890 a 2011. Fonte: INE (2013)

Acompanhando o crescimento do grupo etário mais alargado, dos 65 e mais anos, na população portuguesa, o sub-grupo dos maiores de 100 anos tem vindo a ganhar proporção no primeiro, sobretudo a partir de 1950, registando o maior impulso na última década de 2001 a 2011, de 589 para 1526 indivíduos centenários (INE, 2013).

Os registos oficiais dos óbitos ocorridos no período de 1996 a 2012 indicam que no ano de 2009, faleceu uma supercentenária com idade entre os 115 e 119 anos, em Portugal (Tabela 2). Neste período, os óbitos de idosos supercentenários aos 110-114 anos variaram entre 0 e 3. Em 2011, faleceram 3 indivíduos neste intervalo de idades. Em 2009, os óbitos registados nestas idades correspondiam apenas a indivíduos do género masculino, mas nos anos 1996 e 2004 representavam ambos os sexos. Maioritariamente, neste período, a maior parte dos óbitos corresponderam ao género feminino. Nas idades centenárias de 105-109 anos, o número de óbitos cresceu significativamente, sendo que as mulheres foram sobejamente representadas em todos os anos decorridos, de 16 (14 mulheres e 2 homens) em 1996, para 27 (23 mulheres e 4 homens) em 2005 e 51 em 2012 (48 mulheres e 2 homens). O número de óbitos de “centenários jovens” evoluiu progressiva e substancialmente ao longo destes 16 anos, de 232 (184 mulheres e 48 homens) em 1996 para 698 (573 mulheres e 125 homens) (INE, 2013).

Tabela 2- Numero de óbitos de pessoas centenárias em Portugal, por género, de 1996 a 2012. Fonte: INE (2013)

Número de óbitos de pessoas centenárias em Portugal, por género, de 1996 a 2012													
Género		Total				Homens				Mulheres			
Idade		100	105	110	115	100	105	110	115	100	105	110	115
		a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a	a
		104	109	114	119	104	109	114	119	104	109	114	119
		anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos	anos
Período de referência dos dados	2012	698	51	1	0	125	3	0	0	573	48	1	0
	2011	618	42	3	0	114	3	0	0	504	39	3	0
	2010	606	35	2	0	130	3	0	0	476	32	2	0
	2009	514	35	2	1	83	2	2	0	431	33	0	1
	2008	510	38	0	0	98	9	0	0	412	29	0	0
	2007	407	33	0	0	68	6	0	0	339	27	0	0
	2006	409	20	2	0	73	3	0	0	336	17	2	0
	2005	401	27	1	0	75	4	0	0	326	23	1	0
	2004	354	16	2	0	74	1	1	0	280	15	1	0
	2003	396	24	0	0	63	4	0	0	333	20	0	0
	2002	319	13	0	0	56	2	0	0	263	11	0	0
	2001	279	16	1	0	44	1	0	0	235	15	1	0
	2000	271	13	1	0	48	2	0	0	223	11	1	0
	1999	293	9	1	0	65	2	0	0	228	7	1	0
	1998	235	24	0	0	47	4	0	0	188	20	0	0
1997	205	13	1	0	36	1	0	0	169	12	1	0	
1996	232	16	2	0	48	2	1	0	184	14	1	0	

À semelhança do que ocorre a nível internacional, alguns registos estão incompletos e os dados oficiais são acompanhados da ressalva de que o valor total de óbitos pode não corresponder à soma das parcelas por género ou por idades, devido à existência de registos em que estes não foram mencionados (INE, 2013).

## 2 Envelhecimento bem-sucedido e a longevidade extrema

O envelhecimento não é apenas um fenómeno populacional mas, também, uma experiência individual (Fernández-Ballesteros, 2004), multifacetada e influenciada por um amplo espectro de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Foram inúmeras as definições encontradas na literatura, partindo, também, de distintas conceções teóricas sobre o desenvolvimento humano. Porém, existem alguns pressupostos consensuais entre autores.

O envelhecimento individual é um processo multidimensional que resulta de uma combinação e de uma interação dinâmicas entre fatores internos (genética) e fatores externos (ambiente). O envelhecimento é progressivo, irreversível e não patológico, caracterizando-se por alterações estruturais, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que ocorrem com o avançar do tempo, no organismo humano, resultando numa diminuição progressiva da sua capacidade de adaptação às condições do meio e, tornando-o, deste modo, mais susceptível à ocorrência de estados patológicos e/ou incapacitantes.

O envelhecimento é um fenómeno universal, interindividual e intraindividual. Estas modificações são comuns a todos os indivíduos. Contudo, não os afetam do mesmo modo, no mesmo momento ou com a mesma intensidade, devido a uma herança genética ímpar e a uma história pessoal com contextos, hábitos, atitudes e experiências de vida também diferenciados. Em cada indivíduo, o ritmo e a sequência do deterioro das suas dimensões fisiológicas e psicológicas é distinto em cada órgão e em cada sistema (Netto, 2002; Squire, 2002).

Para Schroots e Birren (1980, cit in. Paúl, 2005) o envelhecimento tem três elementos: (1) a senescência, o processo de envelhecimento biológico que acarreta uma crescente vulnerabilidade e uma maior probabilidade de morrer; (2) o envelhecimento social, relativo à alteração dos papéis sociais de acordo com as expectativas da sociedade para este escalão etário; (3) o envelhecimento psicológico, que descreve o desenvolvimento de mecanismos adaptativos ao processo de senescência e envelhecimento social.

Envelhecer não é, necessariamente, sinónimo de decadência, de fragilidade e de incapacidade - uma experiência negativa. Do mesmo modo que ser portador de uma determinada patologia não significa inexistência de bem-estar. Pelo contrário, as últimas idades poderão ser tão satisfatórias quanto as etapas anteriores do ciclo de vida, na ausência de determinadas patologias incapacitantes, dependendo da atitude individual, das estratégias de *coping* que a pessoa que envelhece possa accionar, de modo adaptar-se a eventuais perdas, através de mecanismos de seleção, optimização e compensação (Villar & Triadó,

2006) e na presença de fatores externos favoráveis (por exemplo, relações sociais e familiares satisfatórias) (Lage, 2007).

Segundo Bize e Vallier (1985), o importante é considerar a estruturação global da pessoa e menos o rendimento orgânico de determinado sistema. A atitude perante as alterações comuns nesta fase do ciclo de vida é determinante. A investigação demonstrou que indivíduos com uma atividade intelectual permanente não apresentam declínio em alguns aspetos do domínio cognitivo, como a fluência verbal (Bize & Vallier, 1985). Ter hábitos de vida saudáveis pode compensar, atrasar e, até, evitar o desencadear de alguns processos patológicos e incapacitantes que usualmente surgem, com maior probabilidade, na vida tardia, permitindo vivê-la de forma plena, com saúde, qualidade e bem-estar.

## 2.1 Saúde e longevidade

A definição mais referida de saúde é a proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, que a conceitualiza como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não, somente, a ausência de doença ou enfermidade. A saúde não se limita, assim, a um estado do corpo físico, mas inclui também o funcionamento cognitivo e as relações sociais. O conceito foi definido também por Bircher (2005, cit. in DGS, 2013) como um estado dinâmico de bem-estar definido pelo potencial físico, mental e social, capaz de assegurar a satisfação das necessidades vitais de acordo com a idade, a cultura e a responsabilidade pessoal.

A saúde da pessoa idosa possui uma ampla variedade de determinantes: as alterações fisiológicas (ausência ou presença de doenças e de que tipo), as experiências do passado, a educação, o estado psicológico, o estatuto económico, os contatos sociais, a capacidade física e independência, as condições habitacionais e as atitudes e crenças pessoais (Squire, 2002). A idade cronológica não constitui, portanto, um indicador credível de saúde da pessoa idosa nem do próprio processo de envelhecimento, pois, não nos dá, necessariamente, informação sobre a sua saúde, a sua qualidade de vida, a sua experiência psicológica e social (Paúl, 2005).

Não obstante, as mudanças funcionais e morfológicas e a exposição prolongada a fatores de risco, no decurso dos anos, aumentam a vulnerabilidade da pessoa idosa e, conseqüentemente, a probabilidade de desenvolver determinadas doenças. As pessoas idosas são mais suscetíveis a desenvolverem doenças crónicas e debilitantes, comparativamente a outros grupos etários. As perspetivas do ciclo de vida realçam a importância da intervenção, em todas as fases do desenvolvimento humano, potenciando os efeitos positivos dos determinantes de saúde e minimizando os nocivos dos factores de risco. Nesta linha de

pensamento, as perdas cumulativas de saúde são responsáveis pelo aparecimento precoce da incapacidade e de doença crónica e degenerativa (DGS, 2013).

Para Squire (2002) a longevidade, tal como a saúde, não depende apenas da ausência de doenças mas, essencialmente, de um conjunto de factores endógenos como a disposição genética, a personalidade e de factores exógenos como o estilo de vida. Kwak e colegas (2010) criaram um modelo que denominaram de “*Park’s Temple Model for Human Longevity*”, incorporando variáveis que, interagindo, influenciam a longevidade humana. No estudo do envelhecimento e do alargamento do tempo de existência, segundo os autores, deverão ser consideradas as implicações relativas de cada elemento e as suas interações.

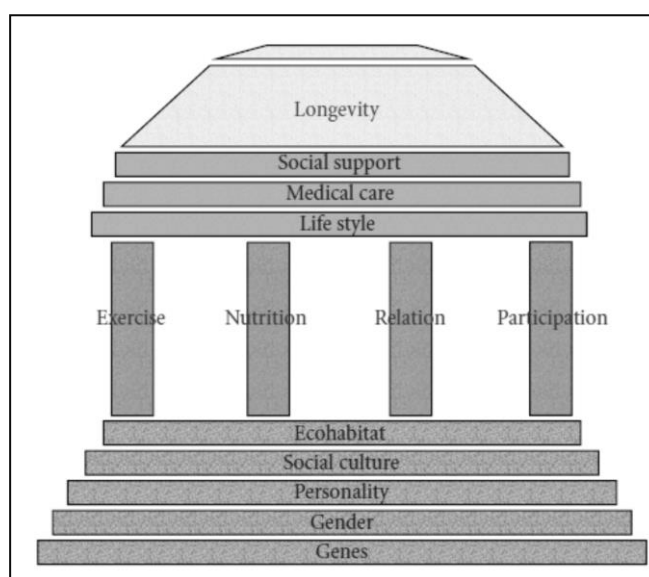


Figura 1 - *Park’s Temple Model of Human Longevity*. Fonte: Kwak et al. (2010)

Tal como a designação e a Figura 1 indicam, a longevidade humana é afigurada à edificação de um templo, com componentes estruturais fundamentais que garantem o equilíbrio, a estabilidade e a sustentabilidade da construção. Os componentes da base são dificilmente mutáveis e correspondem à genética, ao género, à personalidade, à ecologia, à estrutura social e à cultura. O estilo de vida pessoal inclui factores como o exercício, a nutrição, as relações sociais e a participação social, facilmente modificáveis, e estão representados nos pilares do templo de Park. O topo assegura a proteção e o resguardo da estrutura, com a adequação da rede de segurança social, do apoio social e do sistema de cuidados de saúde e são, de acordo com os “projetistas”, socialmente e politicamente determinados. A interação e a dinâmica supletiva entre estes três componentes essenciais determinam a longevidade humana (Kwak et al., 2010).

## 2.2 Envelhecimento bem-sucedido

Como verificamos, no envelhecimento intervêm fatores objectivos, relacionados com os determinantes genéticos, as alterações fisiológicas e o ambiente social, e fatores subjectivos, como as representações que condicionam a atitude pessoal, perante a doença, e a vivência do processo de envelhecimento. A noção de envelhecimento bem-sucedido aborda tal processo segundo uma perspectiva holística, valorizando os seus aspetos biológicos, psicológicos e sociais, rompendo com uma conceção de envelhecimento centrada em aspetos relacionados com doença, incapacidade e declínio (Fonseca, 2005), reforçando, de igual modo, a componente subjetiva do ato de envelhecer.

Envelhecer de forma saudável, óptima ou bem-sucedida significa usufruir de uma representação positiva e realista desta fase do desenvolvimento humano. Implica a capacidade de equilibrar e de adequar competências individuais aos desafios e às exigências externas, manter níveis de satisfação e valoração da vida elevados, apesar das perdas, que usualmente surgem com o avançar da idade, e ter, ao dispor, recursos suficientes e apropriados (Lage, 2007).

Envelhecer bem implica, portanto, a presença de habilidades pessoais e de fatores de proteção biológicos, psicológicos e sociais. Não significa, de todo, a ausência de qualquer doença ou tipo de incapacidade, mas sim a capacidade do indivíduo de gerir eficazmente as perdas que, eventualmente, possam surgir, mediante uma forte capacidade de adaptação, de forma a limitar as suas influências redutoras na qualidade de vida e no bem-estar pessoal.

Para Fonseca (2005), os principais requisitos para um envelhecimento bem-sucedido são um adequado desempenho físico e cognitivo, a ausência de patologias e de incapacidades graves, a manutenção do controlo primário e do compromisso com a vida, a adoção de estratégias de coping adequadas para lidar com os desafios inerentes ao processo de envelhecimento. O envelhecimento bem-sucedido está associado com:

- uma reduzida probabilidade de ocorrência de doenças, associadas a incapacidade, permitindo a conservação da autonomia (Fontaine, 2000; Rowe & Khan, 1998, *cit. in* Fernández-Ballesteros, 2004);
- a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico e do controlo pessoal (Fontaine, 2000; Rowe & Khan, 1998, *cit. in* Fernández-Ballesteros, 2004; Squire, 2002);
- a presença de um estado de bem-estar subjetivo e de grande valoração da vida (Bize & Vallier, 1985; Fontaine, 2000; Rowe & Khan, 1998, *cit. in* Fernández-Ballesteros, 2004). Estes três critérios essenciais a um envelhecer com êxito fazem parte do

Modelo de Envelhecimento Bem-Sucedido de Rowe e Khan (Fernández-Ballesteros, 2004).

O indivíduo e a sociedade podem orientar, promover e influenciar o modo de envelhecer (Fernández-Ballesteros, 2002, 2004), pois, *“o envelhecimento satisfatório, competente, com êxito e ativo, requer tanto do esforço de uma sociedade solidária (através dos sistemas de proteção social e de saúde), como do próprio indivíduo que é agente do seu desenvolvimento pessoal e, em boa medida, da sua saúde, da sua participação e da sua segurança”* (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 16).

## 2.3 A actual geração de centenários: um exemplo de envelhecimento bem-sucedido?

Verificámos anteriormente que, quando o declínio orgânico e funcional, aliado a uma exposição prolongada a fatores de risco, se sobrepõe aos fatores de proteção e às competências pessoais para gerir tais modificações, a vulnerabilidade da pessoa que envelhece aumenta e, com ela, a maior probabilidade de desenvolver processos patológicos, estados incapacitantes e perda de autonomia funcional (logo, dependências), exigindo maior necessidade de cuidados. A possibilidade de usufruir de um envelhecimento saudável é, assim, inevitavelmente comprometida.

Os resultados de estudos realizados em populações centenárias têm desafiado amplamente os estereótipos relativos às pessoas idosas (de decadência, de inutilidade e de debilidade) e têm enriquecido a pesquisa sobre a longevidade, a saúde, a qualidade de vida e o bem-estar, adicionando e atualizando conhecimentos relevantes sobre estes indicadores.

As preocupações com o impacto do crescente envelhecimento demográfico, que tem sido encarado como um problema global de repercussões graves em termos de sustentabilidade económica e social, são, agora, de algum modo contrabalançadas com a ideia de que é possível desfrutar de bem-estar e de qualidade de vida em idades que poucos, até hoje, chegaram a conhecer (aos 100 ou mais anos). A conotação positiva do envelhecimento já se começa a vislumbrar, no horizonte das sociedades actuais, a partir dos resultados da investigação recente, e já não é, de todo, infundado acreditar que, conhecendo os mecanismos preditores de saúde e longevidade e com estratégias holísticas fundamentadas por estes, que a médio ou longo prazo, maiores parcelas populacionais possam desfrutar, para além de vidas mais longas, de um envelhecimento bem-sucedido.

## 2.3.1 Os centenários actuais - um grupo selecto

### 2.3.1.1 Saúde física

Têm surgido evidências em estudos, desenvolvidos ou ainda a decorrer, em várias partes do mundo, que sugerem que uma proporção significativa de centenários alcançam idades extremas exibindo uma satisfatória saúde física e funcional, deteriorando-se de forma rápida nos últimos tempos de vida (Hitt *et al.*, 1999, *cit. in*. Gunten, Ebbing, Imhof, Giannakopoulos, & Kövari, 2010). Por exemplo, os estudos efectuados em New England e na Georgia (EUA), na Dinamarca, em Okinawa (Japão), no Reino Unido e em Itália.

Os centenários que participaram no *New England Centenarian Study* tiveram a sua saúde e a autonomia preservada durante a maior parte das suas vidas e, comparativamente a idosos mais jovens, revelaram uma incidência menor de deficiências físicas funcionais, as quais, muitas vezes, foram confinadas aos últimos anos de vida. Estes indivíduos, segundo Hitt *et al.* (1999, *cit. in* Serra *et al.*, 2011), parecem exibir a máxima “quanto mais você envelhece, mais saudável você foi”. Os autores propõem que a constituição genética e as circunstâncias do estilo de vida são responsáveis por tais evidências. Num estudo realizado com uma amostra de supercentenários e de nonagenários não foram notadas diferenças significativas em termos da saúde física e funcional, entre os grupos, apresentando níveis semelhantes de autonomia, e foi demonstrado, também, que os primeiros não eram mais susceptíveis à doença que os segundos (Christensen *et al.*, 2009, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

Também os participantes no *Okinawa Centarian Study* apresentavam bons resultados em saúde física e funcional, para além de um nível reduzido de patologias cardiovasculares, cancro, osteoporose e demência. Segundo os investigadores, estas evidências parecem estar associadas ao estilo de vida saudável que preservavam (com uma dieta pouco calórica e exercício físico regular (Poulain, 2011, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). As patologias cardiovasculares são, também, menos prevalentes nos centenários italianos e britânicos, comparativamente aos idosos mais jovens, o que poderá constituir um fator importante associado à longevidade extrema (Bennatti, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011; Galiote *et al.*, 2008, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

Existem fortes evidências, reforçadas pelos resultados similares e reiterados, obtidos a partir de estudos com populações centenárias de diferentes nacionalidades e culturas, de que estes indivíduos parecem atrasar ou não apresentar diversas doenças associadas ao avanço da idade. Na Geórgia, Arnold *et al.* (2010), com base numa amostra de base populacional do GCS, procuraram determinar a prevalência de doenças crónicas nos participantes, situando-os

nas categorias de *survivors* (que apresentaram determinada patologia crónica entre os 0 e os 80 anos), *delayers* (que apresentaram essa patologia entre os 80 e os 98 anos) e *escapers* (em que tal doença se manifestou após os 98 anos). Nesta amostra, 43% dos participantes eram *survivors* (apresentando doenças crónicas entre os 0-80 anos), 36% eram *delayers* (na qual a doença surgiu entre os 80-98 anos) e 17% eram *escapers*. Relativamente ao diagnóstico de cancro, a maior parte dos centenários eram maioritariamente *escapers* (73%), manifestando a doença aos 98 e mais anos. No entanto, quanto às doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca congestiva, enfarte do miocárdio, pressão arterial alta, doença vascular periférica, ataque isquémico, acidente vascular cerebral) observou-se uma distribuição idêntica nas três categorias *survivors* (24%), *delayers* (39%) e *escapers* (32%).

Evert et al. (2003, cit. in Serra et al., 2011) sugeriu também valores idênticos nestas categorias para as seguintes patologias: hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, AVC, cancro, cancro de pele, osteoporose, problemas de tiróide, doença de Parkinson, doença pulmonar crónica, cataratas. Dos centenários que integravam a amostra da equipa de investigação de Evert (2003), 42% estavam incluídos na categoria de *survivors* (os que desenvolveram as doenças, anteriormente referidas, antes dos 80 anos), 45% eram *delayers* (aqueles que as desenvolveram após a idade dos 80 até aos 98 anos) e 13% como *escapers* (aqueles que as manifestaram ou não manifestaram após os 100 anos).

No *New England Centenarian Study*, cerca de 80% dos centenários eram *delayers* e *escapers*, atrasando ou evitando essas patologias crónicas (cancro, doenças cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais e diabetes). A percentagem de *survivors*, *delayers* e *escapers* era de 38%, 42% e 19%, respetivamente, resultados idênticos aos obtidos no estudo norte-americano *Georgia Centenarian Study*, e num estudo dinamarquês com 19% de *escapers*. (Arnold et al., 2010). Entre os participantes que tinham cancro (à exceção do cancro de pele), a idade média de diagnóstico foi aos 80,5 anos, muito superior à apresentada pela população em geral (que, naquela região, é de 63,2 anos). Para além do atraso da idade de diagnóstico, os investigadores verificaram, naquela amostra, que alguns tipos de cancro são raros em centenários, sugerindo que podem ser incompatíveis com a sobrevivência excepcional (Andersen et al., 2005, cit. in Serra et al., 2011).

A demência e a doença cardiovascular são as doenças crónicas mais prevalentes em centenários (Arnold et al., 2010; von Gunten et al., 2010). 57% dos participantes no estudo de Arnold et al. (2010) apresentavam demência. Existem dois tipos, a doença de Alzheimer e a demência vascular, mas apenas 12% dos casos reportados de demência em centenários correspondem ao segundo (Ravaglia et al., 1999, cit. in Arnold, et al., 2010).

Foi desenvolvido, em “*Predicting Successful Aging in a Population-Based Sample of Georgia Centenarians*”, da autoria de Arnold e colaboradores (2010), um método de previsão para os resultados de saúde e de sobrevivência, quanto às doenças crónicas, da geração de centenários de 2060, com uma esperança média de vida de 100 anos (não incluindo, nessa projeção, os efeitos de coorte, como eventuais guerras ou avanços na medicina). Adicionando uma quarta categoria designada de *atrittor*, o que não alcança os 100 anos, para a coorte de 2060 espera-se que 50% alcance o estatuto de centenário, estimam que destes 21% serão *survivors*, 18% serão *delayers* e 8,5% serão *escapers*, com uma percentagem de *atrittors* de cerca 50% (ou seja que não alcança 100 anos). Na atual coorte do GCS apenas aproximadamente 0,0002 % superaram os 100 anos.

É importante salientar que, apesar das boas notícias recebidas de diferentes países acerca da saúde física dos centenários, os métodos de amostragem, as categorias de doenças crónicas e a profundidade da pesquisa divergiam entre os estudos (Serra *et al.*, 2011), daí que a confiabilidade das evidências poderá, eventualmente, ser comprometida.

### 2.3.1.2 Saúde funcional

No debate atual sobre a longevidade humana, questiona-se se o prolongamento da vida é acompanhado de um proporcional aumento de anos vividos com qualidade. Apreendemos, na literatura consultada e na estatística oficial, que para o grupo amplo da população idosa esta correspondência não se verifica. Paralelamente ao aumento da esperança de vida, tem-se observado um aumento do número de anos vividos com incapacidade (Serra *et al.*, 2011), nos quais alguns sujeitos podem permanecer independentes até às idades extremas e outros, porém, necessitam, continuamente, de cuidados de outrém por períodos mais longos (von Gunten *et al.*, 2010).

Este fato é especialmente notório em alguns países desenvolvidos que investem mais em intervenções médicas de proteção da vida, desconsiderando, por vezes, a prevenção e a reabilitação de condições incapacitantes, e o aumento da sobrevivência é, como consequência, acompanhada por um aumento da deterioração da saúde funcional do idoso (Robine *et al.*, 2010). Considerando este cenário, é provável que a média de anos passados com incapacidade e/ou saúde precária continue a aumentar gradualmente ou até num ritmo mais rápido que a esperança de vida (Blood, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011; Falkingham *et al.*, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

Outros estudos, com um grupo mais abrangente de idosos mais velhos, sugerem que podem existir níveis elevados de fragilidade física e declínio cognitivo, que podem condicionar a sua

independência e autonomia. As mulheres após os 85 anos, em particular, são mais susceptíveis de serem afetadas por incapacidade e problemas de saúde graves, como a demência, que os homens do mesmo grupo etário (Xie *et al.*, 2008, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Considerando o aumento da proporção de idosos mais velhos, com uma saúde funcional mais debilitada, a população centenária de um futuro próximo poderá apresentar um perfil de saúde diferente, com maior necessidade de cuidados, uma vez que os avanços na Medicina permitem que sobrevivam mais tempo, apesar das doenças (Serra *et al.*, 2011).

Contudo, a geração atual de centenários constitui um grupo seletivo, pois, de acordo com os resultados da pesquisa, efectuada no âmbito desta dissertação, parece conservar a saúde física durante um período comparativamente mais longo, adiando para idades mais tardias processos patológicos e/ou debilitantes (von Gunten *et al.*, 2010). Apesar de apresentarem melhores perfis imunológicos, características endocrinológicas e metabólicas, comparativamente a idosos mais jovens (Andersen *et al.*, 1998, Moroni *et al.*, 2005, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010), exibem uma ampla variação a nível da funcionalidade física. Completos os 100 anos de idade, existem indivíduos com níveis de independência elevados, capazes de executar todas as AVD's e AIVD's, enquanto que outros estão acamados totalmente dependentes de cuidados, formais ou informais.

Na Dinamarca, há indícios de que tem havido uma melhoria do estado de saúde funcional, sobretudo nas centenárias dinamarquesas (Robine *et al.*, 2010). Contudo, os resultados do SWEOLD - *Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old* sugerem, pelo contrário, uma deterioração no estado de saúde dos idosos mais velhos nos anos mais recentes (Robine *et al.*, 2010).

Este grande intervalo de performance física dificulta a sua medição neste grupo. Daí que os resultados da pesquisa de Cress *et al.* (2010) e Ceria-Ulep *et al.* (2010) indiquem uma necessidade urgente de uma revisão das medidas de avaliação da função física destinadas a centenários. Estes autores questionam a adequação de tais baterias de testes físicos a estes sujeitos e, como consequência, a confiabilidade dos instrumentos de avaliação existentes, denunciando a insuficiência de normas-padrão para a medição do desempenho físico desta população peculiar e o comprometimento da validade preditiva das medidas de performance existentes (Cress *et al.*, 2010).

O grupo dos mais idosos detém o maior risco de fragilidade física, o que pode resultar numa maior incidência de quedas e menor capacidade de recuperação. Adicionalmente, um mau desempenho físico representa, nestas idades, um fator de risco para a mortalidade (Serra *et al.*, 2011). Apesar das lacunas e irregularidades apontadas aos instrumentos de avaliação, os

scores de capacidade física, obtidos pelos centenários, são significativamente mais baixos em todos os indicadores, comparativamente ao grupo dos octogenários (Cress *et al.*, 2010).

### 2.3.1.3 Saúde mental

As idades mais avançadas têm sido associadas a uma alta prevalência de demência (Blansjaar *et al.*, 2000, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010; Tomassen, 1998, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010). A demência afeta desproporcionalmente o género feminino, comparativamente aos seus pares masculinos, e estes tendem a ter uma menor esperança de vida após o diagnóstico (Calvert *et al.*, 2006, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

Alguns estudos epidemiológicos e clínicos mais recentes em coortes maiores de indivíduos muito idosos mostraram uma grande variabilidade na prevalência de demência, ainda que admitam que existam diferenças relativamente a idosos mais jovens. Isto significa que, por um lado, a este tipo de patologia não é inevitável nos idosos mais velhos (Ankri & Poupard, 2003, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010; Kliegel *et al.*, 2004, Gunten *et al.*, 2010) e, por outro, que subsistem problemas metodológicas nos estudos de centenários.

Os resultados em termos de funcionamento cognitivo têm, assim, uma ampla variação entre os estudos com a população centenária. Segundo Poon e Perls (2008, *cit. in* Arnold *et al.*, 2010), existe, na literatura, uma variação entre 27% a 100%, de centenários com o funcionamento cognitivo comprometido. A dissemelhança de resultados, segundo estes autores, não está apenas relacionada com a utilização de diferentes métodos de amostragem (amostras de conveniência e amostras populacionais) mas também com fatores como diversos índices de sucesso escolar, a idade, a raça e o género.

Algumas pesquisas realizadas na Europa, no Japão e EUA indicam que a probabilidade de não se apresentar de demência após os 100 anos, estimada em cada uma das amostras, oscilava entre 0% (em pequenos estudos) e 50% (Calvert *et al.*, 2006, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Na Alemanha, cerca de 50% da amostra do *Heidelberg Centenarian Study* apresentava um défice cognitivo de moderado a severo, 25% permanece cognitivamente intacto, embora tenha apresentado declínio cognitivo seis meses antes da sua morte (Kliegel *et al.*, 2004, *cit. in* Gunten *et al.*, 2010). Outro estudo realizado numa comunidade com 250 000 pessoas foram localizados 17 centenários, desses, 15 foram examinados, e todos tinham comprometimento cognitivo (Blansjaar *et al.*, 2000, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010). Para os investigadores, a demência prevalece em, aproximadamente, 88% de idosos com 100 ou mais anos (Blansjaar *et al.*, 2000, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010).

No estudo de Arnold *et al.* (2010), inserido no *Georgia Centenarian Study*, 57% dos participantes centenários apresentaram indícios de demência. Os resultados desta pesquisa sugeriram, também, que, comparativamente ao grupo de controlo de octogenários, os centenários não aparentaram ter mais depressão, ansiedades ou psicoses. Estes resultados foram interessantes na medida em que a prevalência da demência, que é associada com doenças psiquiátricas e neurológicas, é significativamente maior em centenários do que nos octogenários (Arnold *et al.*, 2010).

A demência vascular e a Doença de Alzheimer continuam a aumentar até idades muito avançadas, com uma incidência e uma prevalência maior no idoso mais velho (Gunten *et al.*, 2010). Contudo, são necessários estudos mais profundos, com critérios operacionais mais fidedignos, para solucionar as divergências nos resultados das pesquisas desenvolvidas, de modo a definir o “*espectro e a amplitude das alterações na morfologia cerebral, que ocorre com o envelhecimento normal do cérebro e avaliar as correlações entre a definição neuropatológica do envelhecimento normal do cérebro e o desenvolvimento clínico de demência*” (Giannakopoulos *et al.*, 1993, Green *et al.*, 2000, Mizutani & Shimada, 1992, *cit. in* von Gunten *et al.*, 2010).

#### 2.3.1.4 Necessidades sociais e de saúde específicas dos centenários atuais

Existem, ainda, poucas evidências sobre a necessidade de cuidados, sobre a atual organização dos cuidados formais e informais para os maiores de 100 anos e de que modo diferem dos grupos de idosos mais jovens (Serra *et al.*, 2011).

A informação sobre a utilização dos serviços de saúde pelos centenários é ainda reduzida. Na Dinamarca, a taxa de hospitalização e o tempo de estadia no hospital são inferiores para este grupo etário e poderão sugerir menores necessidades de cuidados (Engberg *et al.*, 2009, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Nos EUA, os serviços de saúde são menos propensos a serem utilizados de forma pro-ativa pelos mais idosos (com 85 e mais anos) e, comparativamente aos idosos mais jovens, a adotar comportamentos de promoção da saúde (Kropf & Pugh, 1995, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Também no Reino subsistem evidências que sugerem a existência de discriminação pela idade implícita e explícita nos serviços de saúde britânicos, por exemplo na inclusão de limites máximos de idade (*The King's Fund*, 2000, *Centre for Policy on Ageing*, 2009, Carruthers & Ormondroyd, 2009, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Em Portugal, podemos encontrar também, exemplos similares, como o rastreio para o cancro da mama dirigido a mulheres com idade até aos 69 anos.

Ainda que não existam dados suficientes para caracterizar a necessidade de cuidados sociais e de saúde da atual geração de centenários, prevê-se que no futuro, as populações centenárias, de maior dimensão, apresentem proporcionalmente maiores necessidades de cuidados do que a atual. Se continuarem a verificar-se progressos nas Ciências, na Tecnologia e na Educação para a Saúde, seguramente se traduzirão em melhorias, na prevenção, na gestão e na reabilitação das patologias associadas ao avanço da idade, permitindo o prolongamento da vida humana, ainda que na sua presença.

## 3 Pesquisa sobre a longevidade

A pesquisa sobre a longevidade tem acompanhado o aumento do número de pessoas mais idosas no mundo e reflete as preocupações crescentes sobre as repercussões do envelhecimento demográfico, nos sistemas económicos, políticos, de saúde pública, sociais e culturais, em todos os níveis geográficos, local, regional e global, mas também ao nível individual. Para além de procurar dar resposta às questões: i) Quantos são os idosos mais velhos? ii) Que proporção este grupo etário ocupa na população total? Também procura apurar, por exemplo, se iii) a extensão do tempo de vida pressupõe anos adicionais vividos com incapacidades, morbidade e dependência ou com qualidade, bem-estar e saúde? iv) Quais são as patologias mais frequentes no final da vida? v) Quais são os fatores e os mecanismos que predizem uma existência mais longa? vi) Qual é o fenótipo e o genótipo dos que atingem as idades mais avançadas?

O estudo científico sobre a longevidade humana evoluiu, sobretudo após a década de 1960, não só em amplitude, mas também em termos metodológicos (Poon & Cheung, 2012). Anteriormente, de acordo com a literatura consultada, estes foram escassos devido ao número menos significativo de pessoas que atingiam as idades mais avançadas e, os existentes, possuíam algumas limitações metodológicas relativas: à utilização de uma amostragem reduzida, impedindo a generalização dos resultados; ao domínio da investigação acerca dos aspetos biomédicos (a presença de doenças específicas) sobre os aspetos psicossociais. Eram principalmente de caráter descritivo e não se fundamentavam em teorias de longevidade (Serra *et al.*, 2011; Poon & Perls, 2007, *cit. in* Poon & Cheung, 2012; Poon *et al.*, 2010). Por outro lado, o grupo dos idosos tendia a ser analisado, nos estudos iniciais, como um grupo homogéneo, sendo efetivamente cada vez mais diversificado (Serra *et al.*, 2011) reunindo pessoas idosas totalmente autónomas e sãs e pessoas idosas com o funcionamento cognitivo e funcional comprometidos, como exemplo.

Os estudos sistemáticos, com amostras representativas, que testam diversas hipóteses multidisciplinares de longevidade e que permitem generalizar possíveis mecanismos e indicadores de longevidade são muito recentes (Poon & Cheung, 2012) e cada vez mais direcionados a uma população muito peculiar, os sobreviventes a um século de vida.

### 3.1 Estudos sobre centenários

Na revisão bibliográfica, efectuada no âmbito do presente estudo, não foram encontradas publicações provenientes de pesquisa realizada com a população centenária portuguesa. Daí

que o conjunto dos trabalhos produzidos internacionalmente é essencial para o conhecimento do fenómeno da emergência de centenários nas diversas regiões do globo e para apoiar uma caracterização inicial deste conjunto de pessoas que superam, em largos anos, a esperança média de vida atual, em Portugal.

Os centenários raramente foram considerados, no passado, como um grupo distinto, estando (por vezes) incluídos no grupo etário mais alargado dos 65 e/ou 85 e mais anos, nos estudos empíricos sobre o envelhecimento. Estes “*outliers*” de longevidade (von Gunten, Ebbing, Imhof, Giannakopoulos, & Kövari, 2010) eram, frequentemente, excluídos dos ensaios clínicos, daí que, em relação a algumas temáticas, as informações atualmente existentes sobre os atuais centenários podem advir, mediante a inferência, de estudos realizados no grupo mais amplo (dos quais alguns elementos poderão vir a constituir a população centenária no futuro) (Poon & Cheung, 2012; Serra *et al.*, 2011).

As primeiras pesquisas procuraram averiguar o número de centenários em determinadas áreas geográficas e testar indicadores que poderiam prenunciar uma vida excepcionalmente mais longa. Tal como os restantes estudos de envelhecimento realizados com o grupo amplo dos idosos, com 65 e mais anos, estes eram de cariz biológico e, até recentemente, os estudos psicossociais ou biopsicossociais publicados (sobre o perfil, a qualidade de vida e as circunstâncias socioeconómicas, por exemplo) eram raros nos principais repositórios de literatura científica disponíveis na Internet (Poon *et al.*, 2010; Serra *et al.*, 2011).

Outras dificuldades e/ou limitações têm sido apontadas nos estudos sobre a população centenária. Entre elas:

- deficiências metodológicas: a robustez das evidências empíricas é questionada devido à representatividade e confiabilidade da amostra em alguns estudos, quanto ao tamanho, à composição (alguns são focados essencialmente no género feminino) à falta de confirmação das idades declaradas e às dificuldades inerentes à utilização de medidas subjectivas; o mesmo sucede com as estimativas atuais de centenários devido a erros na atualização de dados administrativos;
- ausência de registos históricos sobre centenários, com confiabilidade;
- dificuldades no acesso aos centenários, com famílias excessivamente protetoras que impedem a participação direta no estudo ou que impedem, de todo, essa participação (Serra *et al.*, 2011).

Nos últimos anos têm vindo a intensificar-se e, estão, presentemente, operacionais vários estudos sobre centenários em diversos países no mundo (Willcox *et al.*, 2010; e Poon & Cheung, 2012). As tipologias da investigação de centenários desenvolvidos ou em desenvolvimento são diversas:

- **estudos quantitativos e estudos qualitativos** (*Psychosocial Dimensions Of Exceptional Longevity: A Qualitative Exploration Of Centenarian's Experiences, Personality And Life Strategies*, de Darviri *et al.* (2009) com 9 centenários gregos;
- **estudos transversais e estudos longitudinais** (*The Okinawa Centenarian Study*, iniciado em 1975) e **estudos de coorte** (*The Longitudinal Study of Danish Centenarians - The Danish 1905 Cohort Survey*) e **estudos transversais utilizando dados de estudos longitudinais** (*Predicting Successful Aging in a Population-Based Sample of Georgia Centenarians*, de Arnold *et al.*, 2010);
- **estudos de base populacional** (*Georgia Centenarian Study*) e **estudos utilizando amostras com tamanhos desiguais** (de que é exemplo a investigação com 800 centenários, desenvolvida pelo *IPSEN Foundation* - França, constituindo o estudo de cariz médico com a maior amostra de indivíduos com idades iguais ou superiores a 100 anos);
- **estudos sistemáticos em áreas específicas** como a biologia, a medicina, a epidemiologia e a genética (*Italian Multicenter Study on Centenarians IMUSCE; Sardinian Centenarian Study - Y Chromosome Binary Markers to study a high prevalence of Males in Sardinian Centenarians and the Genetic Structure of The Sardinian Population*) a psicologia (*Chinese Longitudinal Healthy Longevity - Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity*) nutrição (*Korean Centenarian Study - Discovery of Novel sources of Vitamin B12 in Traditional Korean Foods from Nutritional Surveys of Centenarians*), entre outras, e **estudos multidisciplinares** (*Heidelberg Centenarian Study*, na Alemanha);
- **Estudos que resultam de uma cooperação / coordenação entre países** (*5 COOP Study - Five Country Oldest Old Project*, envolvendo países como a França, o Japão, a Suíça, a Suécia e a Dinamarca);
- **Estudos prospetivos que originalmente não foram concebidos como estudos de envelhecimento ou longevidade**, mas aos quais, acompanhando as coortes ao longo do tempo, foram acrescentadas novas variáveis relacionadas com o envelhecimento (*Honulu Heart Program* e o *Framingham Heart Study*) (Willcox, Willcox, & Poon, 2010).

O estudo de Poon e Perls (2007) intitulado “*The Trials And Tribulations Of Studying The Oldest Old*” refere que uma abordagem psicossocial, englobando as dimensões biológicas, psicológicas, sociológicas e as suas interações pode contribuir para um conhecimento mais profundo sobre os aspetos multidimensionais da longevidade humana (Poon *et al.*, 2010) e dos mecanismos replicáveis que contribuem para a sobrevivência excepcional, o bem-estar e a qualidade de vida entre os longevos. Para além da necessidade de uma abordagem multidisciplinar importa também edificá-la, considerando as várias teorias de envelhecimento (Poon & Cheung, 2012).

Apesar das vantagens do desenvolvimento deste género de investigação, a quantidade de pesquisa financiada para o estudo do envelhecimento tem sido superior para os domínios biomédicos em comparação com os psicossociais (Poon *et al.*, 2010; Poon & Cheung, 2012; Willcox *et al.*, 2010). Outro entrave ao seu desenvolvimento é, para Poon *et al.* (2010), a subsistência de algum desconhecimento e/ou dificuldades, da parte da comunidade científica, sobre o impacto e a mensuração dos fatores psicossociais entre os longevos.

As revisões anuais sobre a investigação em populações idosas, para além da partilha de informação sobre o estado das pesquisas da longevidade excepcional, a decorrer internacionalmente, e da divulgação dos seus principais resultados, têm permitido que estas progridam, não só a nível concetual, mas também a nível metodológico (Cf. Anexo A). São identificadas dificuldades e limitações, e efetuadas recomendações, relativamente a estes estudos, de modo a elevar a qualidade das contribuições das equipas de investigação, nos estudos em desenvolvimento e em estudos posteriores. As revisões mais recentes sobre a pesquisa versando a longevidade acentuam a importância da utilização de metodologias de investigação quantitativa e qualitativa, da replicação de mecanismos e da utilização de perspetivas interdisciplinares, multidisciplinares e sistemáticas (Poon & Cheung, 2012).

Segundo Willcox *et al.* (2010) apesar *“das enormes evidências científicas para o aparecimento iminente de uma nova geração de idosos mais velhos, as implicações globais deste fenómeno não têm sido totalmente apreciadas”* (p.1). Assim, urge desenvolver uma base de dados consistente e completa sobre centenários, que ajude a caracterizar a população atual, a que poderá ser a próxima geração de centenários e a conjeturar as possíveis implicações de um aumento destes longevos no futuro (Poon & Cheung, 2012), antecipando eventuais necessidades. Esta avaliação não só se reveste da maior importância para a formulação de políticas e estratégias integradas de envelhecimento, mas também para a preparação de algumas áreas comerciais e de serviços (farmacêutica, instituições de prestação de cuidados, entre outras) para acolher o segmento emergente (Poon & Cheung, 2012, Serra *et al.*, 2011).

## 4 Longevidade excepcional e a qualidade de vida

### 4.1 Qualidade de vida

A qualidade de vida (QdV) é um construto amplo, complexo e multidimensional que considera uma diversidade de dimensões da vida humana. Não existe uma definição consensual e integradora na literatura. Porém, dada a sua relevância, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um conceito unificador e transcultural de QdV e um instrumento genérico para a sua avaliação. Qualidade de vida é, de acordo com esta instituição de referência mundial, *“a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da sua cultura e sistemas de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.”* Trata-se de *“um conceito abrangente, influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e a sua relação com aspetos significativos do seu meio”* (WHOQOL Group, 1995, cit. in Vaz-Serra et al., 2006, p. 3 ).

O bem-estar sempre constituiu uma das maiores aspirações do ser humano. A evolução tecnológica, ao longo da história da humanidade, teve, quase sempre, essa motivação subjacente: a procura do conforto e de comodidades para a vida humana. Estas questões de bem-estar, de bem-viver, felicidade, sentido e valor da vida começaram a ser temas de questionamento ainda na Antiguidade, com o desenvolvimento da filosofia, sobretudo, com aquele que foi considerado o último grande filósofo grego e o fundador da Biologia. Aristóteles, discípulo de Platão (384-322 a.C.), nos seus tratados de ética, para além de outras, procurava desenvolver respostas às questões: como é que o homem deve viver ou de que é que ele precisa para viver bem? Para este filósofo, o Homem só é feliz quando pode desenvolver e usar todas as suas faculdades e capacidades, e uma boa vida é uma vida que está de acordo com as virtudes e com o bem supremo (Pimentel, 2006). Surpreendentemente, só 2250 anos depois, na segunda metade do século XX, é que este conceito emergiu como objeto de estudo na pesquisa científica e, como expressão que caracteriza uma forma de vida equilibrada, saudável e satisfatória, na cultura popular (Pimentel, 2006).

Após a II Guerra Mundial, numa altura de expansão económica nos países ocidentais, gerou-se a necessidade de criar instrumentos e indicadores que mensurassem a qualidade de vida (concebida, então, como sinónimo de crescimento económico) e que permitissem, em simultâneo, a sua comparação entre regiões, países e culturas (Lage, 2007). Os primeiros estudos sobre este construto surgiram, assim, no âmbito das ciências económicas, definindo e utilizando indicadores como o PIB (Produto Interno Bruto) ou rendimento *per capita*, com o objetivo de apurar o desenvolvimento económico das sociedades.

Posteriormente, o conceito de qualidade de vida foi integrado no âmbito das ciências sociais que adicionaram indicadores de cariz sociodemográfico à mensuração da QdV das populações (como a saúde, o nível educacional, a situação dos indivíduos perante o trabalho, a esperança média de vida, entre outros) procurando medir o desenvolvimento social que acompanhara o crescimento económico, naquele período (Lage, 2007). Depois, de modo a fundamentar e a direcionar as políticas, as estratégias e a gestão de recursos sociais foram incluídos, nessa avaliação, novos indicadores que permitiriam aferir o bem-estar social (como as taxas de mortalidade, morbidade, Índice de Desenvolvimento Humano,...) (Pimentel, 2006).

Paralelamente à abordagem macro das ciências sociais e económicas, a medicina e a psicologia focaram o carácter individual e subjetivo da QdV, incluindo indicadores como a qualidade de vida percebida pela pessoa (Pimentel, 2006). Segundo esta perspetiva, a forma como cada indivíduo experiencia, com a sua individualidade e subjetividade, as suas circunstâncias e os seus recursos objetivos, resultará numa maior ou menor QdV. Importa saber, então, qual a perceção individual (subjectiva) sobre as suas próprias condições materiais, físicas, psicológicas e sociais (objetivas). Estas últimas, isoladamente, embora identifiquem de forma precisa os fatos, as circunstâncias e os recursos de vida, não aferem o seu impacto no bem-estar, na satisfação e na experiência do ser humano.

Lawton é considerado, por muitos autores, um investigador de referência, no que respeita à QdV. Desenvolveu um modelo teórico que, para além de apresentar uma concetualização inicial do construto, fundamenta várias escalas de avaliação da qualidade existentes. Neste, a qualidade de vida é perspetivada em duas dimensões: uma objetiva, que incorpora a competência comportamental (a avaliação da funcionalidade, nas dimensões da saúde física, do desempenho cognitivo, do uso do tempo e das relações sociais) e o ambiente (indicadores físicos, sociais e económicos) e uma subjetiva, que integra a qualidade de vida percecionada pelo indivíduo e o bem-estar psicológico (Lage, 2007). Foram, ao longo dos anos, surgindo outras conceções teóricas, complementares ou alternativas à de Lawton. No entanto, a subjetividade e a multidimensionalidade (domínios físico, social, cognitivo, material e bem-estar) são características comuns entre os modelos existentes.

## 4.2 Avaliação da qualidade de vida

Avaliar a qualidade de vida constitui uma tarefa complexa, pois, trata-se de um conceito multidimensional que envolve uma interação dinâmica entre variáveis objetivas e variáveis subjetivas, difíceis de mensurar. Para além disso, estão disponíveis vários instrumentos para o efeito.

Segundo o Grupo de Peritos da Qualidade de Vida da OMS (1995), a avaliação da QdV deverá ter três características essenciais: a subjetividade (a percepção individual quanto às suas condições objetivas, o nível de satisfação com a própria vida), a multidimensionalidade (deve integrar as dimensões física, psicológica, social, espiritual e crenças pessoais, correspondendo a uma avaliação subjetiva da sua saúde física, do seu estado cognitivo, das relações interpessoais que mantém e ou dos papéis sociais que desempenha) e a bipolaridade de temas e questões (inclusão de dimensões positivas e negativas, como exemplo, como a autonomia e a dependência) (Lage, 2007).

Este grupo de especialistas elaborou um questionário, o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), e a sua versão resumida, o WHOQOL-BREF, disponíveis em 40 idiomas para a aferição da qualidade de vida. É um instrumento de auto-avaliação, composto por seis conjuntos de questões relativos aos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e crenças religiosas, princípios e valores pessoais (OMS, 2006).

A versão validada para a cultura portuguesa inclui os seis domínios com 25 itens de resposta, integrando questões de avaliação global da qualidade de vida e cumpre as recomendações definidas pelo *WHOQOL Group*, para a validação e aplicação do questionário (Quadro 1). As questões estão organizadas por escala de resposta (capacidade, frequência, intensidade ou avaliação) e formuladas de forma positiva ou de forma negativa (Vaz-Serra *et al.*, 2006).

Na última fase do ciclo vital, o indivíduo está mais vulnerável ao surgimento de doenças e a condições incapacitantes, que poderão limitar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Daí que, saber como vive, com o que vive e como é qualificada essa experiência, pela pessoa idosa, é preponderante para a compreensão profunda das etapas finais e dos fatores determinantes de qualidade de vida. Esta pesquisa é essencial ao desenvolvimento de uma intervenção gerontologia que a eleve nas populações idosas atuais e futuras para que consigam, para além de viverem mais, viverem melhor.

**Quadro 1** - WHOQOL-100, versão portuguesa **Fonte:** OMS, 2006

WHOQOL - 100 - Domínios da avaliação da qualidade de vida - versão portuguesa	
<p><b>Domínio físico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dor e desconforto</li> <li>2. Energia e fadiga</li> <li>3. Sono e repouso</li> </ol> <p><b>Domínio psicológico:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Sentimentos positivos</li> <li>5. Pensamento, aprendizagem, memória e concentração</li> <li>6. Auto-estima</li> <li>7. Imagem corporal e aparência</li> <li>8. Sentimentos negativos</li> </ol> <p><b>Domínio nível de independência:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Mobilidade</li> <li>10. Actividades da vida diária</li> <li>11. Dependência de medicação ou tratamento</li> <li>12. Capacidade de trabalho</li> </ol> <p><b>Domínio das relações sociais:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Relações pessoais</li> <li>14. Apoio social</li> <li>15. Actividade sexual</li> </ol>	<p><b>Domínio do ambiente:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Segurança física</li> <li>17. Ambiente no lar</li> <li>18. Recursos económicos</li> <li>19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>20. Oportunidades para adquirir novas informações e competências</li> <li>21. Participação e/ou oportunidades de recreio e lazer</li> <li>22. Ambiente físico (população/barulho/trânsito/clima)</li> <li>23. Transporte</li> </ol> <p><b>Domínio da espiritualidade, religião e das crenças pessoais:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais</li> <li>25. Poder político (apenas na versão portuguesa)</li> </ol>

### 4.2.1 A qualidade de vida e a sua avaliação em pessoas idosas

Os indicadores de qualidade de vida não diferem entre grupos etários. Porém, cada um exerce uma influência maior ou menor, dependendo da etapa do ciclo de vida (como exemplo, o indicador relativo à situação laboral é mais significativo para um grupo etário jovem, tal como a funcionalidade para o grupo das pessoas idosas) e das circunstâncias atuais da pessoa (por exemplo, em idosos residentes na comunidade, o indicador mais expressivo é a integração no meio, enquanto que, para os idosos que habitam em estruturas de acolhimento residencial, as variáveis relações interpessoais idosos-idosos e idosos-colaboradores são elementos que apoiam melhor a avaliação da QdV neste grupo) (Walker, 2005).

Outra particularidade da avaliação da QdV em pessoas idosas é a preponderância dos fatores subjetivos, como a existência e percepção dos recursos internos (Walker, 2005). Isto é, o que determina a qualidade de vida da pessoa idosa, muito mais do que as condições ou circunstâncias objetiváveis, são os recursos psicológicos de que possa auferir, de modo a manter a capacidade adaptativa e o controlo pessoal sobre eventos, condições ou recursos

externos (perdas, baixos recursos económicos, lidar com uma doença crónica). A interação dinâmica entre múltiplas variáveis mantém-se e a subjetividade do conceito intensifica-se, quando abordamos o contrato de QdV em pessoas idosas. Os fatores imprescindíveis para a avaliação da qualidade de vida neste grupo etário são a saúde física, a autonomia e a funcionalidade física e cognitiva (Walker, 2005).

Dada a inexistência de uma adequada operacionalização do conceito para pessoas idosas, o Grupo de Peritos da Qualidade de Vida da OMS adicionou ao protocolo genérico e transcultural WHOQOL-100, um módulo para a avaliação da QdV neste segmento populacional, disponível na versão completa e reduzida (OMS, 2006). Este foi designado por *World Health Organization Quality of Life Measure for Older People* (WHOQOL-OLD) e inclui os seguintes aspetos: capacidades sensoriais (funcionamento sensorial, impacto da perda das capacidades sensoriais na QdV,...); autonomia (independência, controlo pessoal,...); atividades, passado, presente e futuro (satisfação com o que adquiriu na vida e planos para o futuro,...); participação social (atividades na comunidade,...); morte e morrer (apreensões acerca da morte,...); intimidade (relações pessoais e íntimas,...) (OMS, 2006).

O instrumento carece de tradução, adaptação e validação às diferentes culturas. Permite a avaliação do impacto da prestação de serviços, sociais e de saúde, e das políticas sociais e permite identificar as áreas de investimento para a promoção da QdV (OMS, 2006).

Estão disponíveis alguns instrumentos de avaliação de qualidade de vida concebidos especificamente para pessoas idosas, no qual se insere o transcultural WHOQOL-OLD. Contudo, não é conhecida a existência de um instrumento específico para a sua medição em centenários (Serra *et al.*, 2011). Alguns autores consideram que este instrumento não inclui todos os domínios que influenciam a QdV, daí terem sido produzidas outras medidas multidimensionais, complementares ou substitutas desta abordagem (também destinadas ao grupo alargado dos idosos). Como exemplo, o CASP-19 que é utilizado em alguns estudos britânicos, como o ELSA (*English Longitudinal Study of Ageing*) e o *British Household Panel Survey* (Serra *et al.*, 2011), avalia o controlo, a autonomia, a auto-realização e o prazer (Hyde *et al.*, 2003, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

### **4.3 A qualidade de vida nas idades extremas: as principais evidências do estudo dos centenários**

O nível baixo de qualidade de vida de uma grande parte das pessoas idosas é um problema significativo e é importante monitoriza-lo à medida que este segmento populacional vai crescendo e beneficiando de uma sobrevivência igualmente aumentada. A avaliação da

qualidade de vida é também essencial, não só para apoiar a formulação de políticas sociais e de saúde, mas também para avaliar e adequar a intervenção, em ambos os domínios.

Tem sido demonstrado, em vários estudos sobre a qualidade de vida humana, que esta diminui à medida que se envelhece, no entanto, relativamente e especificamente aos centenários as evidências existentes são, ainda, pouco claras (Serra *et al.*, 2011).

O estudo da qualidade de vida em centenários até recentemente tem sido escasso e são diminutas as publicações que abordam este conceito. A lacuna é explicada pelo número reduzido de estudos psicossociais com populações centenárias (Poon *et al.*, 2010); a maioria dos estudos são quantitativos e procuram testar hipóteses pré-determinadas, não permitindo a expressão das suas experiências e percepções sobre a vida (Darviri *et al.*, 2009); pela sub-representação ou exclusão destes idosos mais velhos, na investigação com a população idosa mais alargada (Serra *et al.*, 2011); pela heterogeneidade do grupo (com indivíduos que exibem satisfatórios níveis de funcionalidade, outros totalmente dependentes e outros, ainda, com desorientação temporal e espacial, que dificultam uma medição confiável da sua QdV) (Buono *et al.*, 1998, Lapide *et al.*, 2011, McCormack, 2002, Richmond *et al.*, 2011, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011); e pelo foco de investigação que tem sido habitualmente colocado nas perdas e no declínio (Andersen-Ranberg *et al.*, 1999, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011) e menos nos aspetos positivos que podem ser evidenciados nas últimas etapas do ciclo de vida (Araújo *et al.*, 2011).

Para Poon *et al.* (2010), o prolongamento da vida para mais de um século só vale a pena se vivida com um nível mínimo de saúde, funcionalidade e autonomia. Para uma vida gratificante, após os 100 anos, intervêm outros fatores para além da saúde física, como os eventos de vida, a cognição, os recursos socioeconómicos, entre outros. A conjugação e a interação entre determinados domínios psicossociais e os aspetos biomédicos influenciam a qualidade de vida e, provavelmente, a longevidade excepcional.

### **4.3.1 Indicadores psicossociais da avaliação da qualidade de vida**

Têm sido utilizados em estudos psicossociais com os mais longevos determinados indicadores, isoladamente, em combinações específicas e/ou em interação com outras variáveis (de acordo com os objetivos de cada estudo), com o intuito de conhecer os fatores determinantes da longevidade humana e da QdV nas idades avançadas.

Influenciados por uma diversidade de posições teóricas, como a da OMS ou a de Lawton, podemos encontrar, nos estudos de centenários variáveis como a saúde subjetiva, o

funcionamento físico e cognitivo, a autonomia, os recursos económicos, os recursos sociais, o bem-estar emocional, entre outros. Neste apartado, serão analisados alguns indicadores psicossociais, ilustrados por algumas evidências empíricas recentes extraídas dos estudos internacionais sobre centenários.

#### 4.3.1.1 Auto-avaliação da saúde

Em alguns estudos, os centenários apresentaram elevados níveis de fragilidade e morbidade (estudo dinamarquês) (Andersen-Ramberg, Schroll & Jeune, 2001, *cit. in Poon et al.*, 2001) e noutros parecem demonstrar uma saúde física relativamente boa (*New England Centenarian Study*) (Hitt *et al.*, 1999, *cit. in Serra et al.*, 2011). Apesar dos já referidos distintos objetivos, opções e limitações metodológicas dos estudos existentes, que podem explicar esta variação, é consensual que a saúde é um antecedente importante do bem-estar e qualidade de vida nas últimas idades (Parker & Thorslund, 2007, Buono *et al.*, 1998, *cit. in Poon et al.*, 2010).

Para Idler *et al.* (1999, *cit. in Poon et al.*, 2010), o melhor indicador de saúde global é a sua auto-perceção, uma vez que “*captura a multidimensionalidade de questões específicas (de saúde) associadas à idade avançada*” (p.2). Como tal, é uma medida muito utilizada em estudos com adultos mais velhos, dada a sua correlação significativa com a saúde funcional e a mortalidade (Quinn *et al.*, 1999, Idler & Benyamini, 1997, Lee, 2000, Liu & Zhang, 2004, *cit. in Poon et al.*, 2010). A saúde auto-percecionada avalia globalmente o impacto do estado de saúde objetivo atual, bem como a presença ou carência de recursos podem influenciar o declínio funcional (Poon *et al.*, 2010).

Em muitos estudos, independentemente do estado físico e funcional que apresentavam, os participantes, com idades iguais ou superiores a 100 anos, avaliaram positivamente a sua saúde global. Como exemplo, 75% de uma amostra australiana, num estudo efetuado por Richmond, Law e Kay-Lambkin (2011, *cit. in Araújo et al.*, 2011), 54,3% dos centenários do estudo chinês de Yi e Vaupel (2002) e 52,7% da amostra do *Georgia Centenarian Study* qualificaram a sua saúde como “boa”. Numa amostra centenária de McCormack (2002, *cit. in Araújo et al.*, 2011) 32% dos inquiridos avaliaram-na como “muito boa” e 19,4% dos participantes no *Georgia Centenarian Study* como “excelente”, numa escala de Má a Excelente (Poon *et al.*, 2007, *cit. in Poon et al.*, 2010).

Também os centenários italianos da pesquisa de Dello Buono (1998) apresentaram relatos semelhantes, comparativamente a grupos de idosos mais jovens, e apesar de manifestarem, comparativamente, maiores níveis de incapacidade (Serra *et al.*, 2011). Os autores de *Living Beyond 100* questionaram a confiabilidade das medidas subjetivas relativas à auto-avaliação

da saúde para este grupo específico. Segundo Serra *et al.* (2011), a apreciação da própria saúde em centenários é algo complexa, pois, independentemente da gravidade das problemáticas de saúde que possam apresentar, eles sobreviveram, ao contrário da maioria dos seus pares. Na resposta a esta questão, o centenário poderá incluir outros elementos, para além da avaliação da saúde requerida, como a sobrevivência.

#### 4.3.1.2 Funcionamento cognitivo

O funcionamento cognitivo é considerado um importante indicador na idade avançada. Está altamente correlacionado com outras variáveis psicossociais, com indicadores de saúde física e de saúde mental, na determinação da qualidade de vida da pessoa idosa (Poon *et al.*, 2010).

Há evidências que demonstram a prevalência da demência nas fases tardias da vida humana (Thomassen, 1998, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011) e, também, que a diversidade de resultados, em termos de desempenho cognitivo, aumenta com o avanço da idade (Poon *et al.*, 2010), no qual idosos da mesma idade podem situar-se em dois extremos opostos, um sem qualquer comprometimento cognitivo e outro manifestando declínio cognitivo severo ou demência.

Os estudos internacionais publicados ainda revelam algumas dificuldades metodológicas relativas à mensuração das competências cognitivas em centenários, decorrendo numa dispersão de resultados (Araújo *et al.*, 2011; Arnold *et al.*, 2010; von Gunten *et al.*, 2010); Poon *et al.*, 2010, Serra *et al.*, 2011

Assim, na avaliação do desempenho cognitivo, na última fase do ciclo vital, é necessário ponderar algumas questões metodológicas importantes. A primeira refere-se ao impacto das limitações sensoriais e físicas no desempenho dos testes de avaliação, que são bastante prevalentes entre os idosos mais velhos. A segunda questão metodológica refere-se à escolha adequada do instrumento de avaliação, que deverá ser baseado nos objetivos específicos e nas hipóteses de pesquisa. A investigação da prevalência da demência, da relação entre os mecanismos cognitivos e a capacidade funcional ou a avaliação global do estado cognitivo requerem a utilização de diferentes instrumentos, desde medidas genéricas como o MMSE (*Mini Mental State Examination*) a testes mais específicos para determinar capacidades cognitivas particulares. Por último, o autor e os seus colaboradores questionam o intervalo do *score* das medidas de performance cognitiva, que poderá indiciar a presença de um comprometimento cognitivo, sugerindo uma redefinição e um ajustamento adequado aos indivíduos muito idosos (e.g., a pontuação de 23, no MMSE, no qual valores inferiores ditam a presença provável de declínio cognitivo, deverá ser ajustada considerando as suas prevalentes dificuldades sensoriais, o seu distinto nível educacional e a sua etnia) (Poon *et al.*, 2010).

De modo a salvaguardar a confiabilidade das informações, recomenda-se a inserção de múltiplas fontes na recolha de dados, para além dos testes de desempenho e da auto-avaliação do idoso, são úteis os relatos do *proxy* e as observações do entrevistador. Porém, haverá que considerar o reverso: a utilização de diferentes fontes poderá originar várias interpretações e, logo, distintos resultados (Poon *et al.*, 2010).

#### 4.3.1.3 Funcionamento físico e autonomia

Verificámos no capítulo anterior que a geração atual de centenários parece conservar a saúde física e funcional durante um período comparativamente mais longo, adiando para idades mais tardias processos patológicos e/ou incapacitantes (von Gunten *et al.*, 2010). Contudo, na avaliação da performance física após os 100 anos, apesar da variabilidade de resultados entre estudos e da inadequação de alguns instrumentos de medida, o desempenho nos diversos testes físicos é inferior comparativamente a idosos mais jovens (Cress *et al.*, 2010).

Apesar da elevada prevalência de demência, de declínio cognitivo, de multimorbidade e de perda de autonomia, não significa que todos os que avançam na 4.<sup>a</sup> idade os apresentem. Uma parte significativa dos centenários atuais desafia amplamente este estereotipo fatalista dos últimos anos de uma vida longa.

A literatura tem destacado o papel da família e dos cuidadores informais na autonomia experienciada pela pessoa idosa (Serra *et al.*, 2011). Os comportamentos de sobreproteção dos cuidadores levam a uma diminuição do controlo pessoal, reduzindo a autonomia da pessoa cuidada (Serra *et al.*, 2011). Muitas vezes, devido, possivelmente, a um excesso de zelo, a uma avaliação redutora das competências ou ao declínio físico, funcional e cognitivo da pessoa idosa, a gestão dos bens, dos recursos, dos cuidados e do quotidiano, é efectuada pelo cuidador, desprovendo-a de qualquer posse (interna, afetando a identidade pessoal, e externa, diminuindo o controlo sobre o ambiente, sobre as suas circunstâncias, interesses, rotinas,...). *“Pode ser difícil manter o equilíbrio entre a garantia de cuidados e decisões financeiras e reter o censo de controlo sobre as suas vidas nas pessoas mais velhas (Serra et al., 2011. p.38).”* Num estudo de Lapin e colegas (2011, *cit. in Serra et al.*, 2011), a qualidade de vida foi considerada mais elevada segundo a perceção do idoso centenário, comparativamente à apreciação da mesma feita pelos seus cuidadores.

Mais que a condição física, o funcionamento cognitivo parece constituir um melhor indicador de saúde mental, neste grupo de indivíduos de idades extremas (Poon *et al.*, 2010) e mais influente na auto-perceção da qualidade de vida. A autonomia e o controlo pessoal são as

competências, referidas pelos idosos cognitivamente intactos, de que mais se orgulham ou que mais valorizam (Serra *et al.*, 2011).

#### 4.3.1.4 Recursos socioeconómicos

A abordagem aos recursos socioeconómicos e à perceção da sua adequação pela pessoa centenária é importante para apoiar a caracterização da sua qualidade de vida. As condições de vida e de habitação dos portugueses mais idosos, com idade igual ou superior a 100 anos, ainda são desconhecidas. Referindo-nos ao grupo amplo, existem evidências de que a maioria das pessoas que reside em estabelecimentos de apoio social, em Portugal, é idoso e do género feminino, com idades superiores a 70 anos (Censos, 2011).

Esta realidade não é exclusiva ao nosso país. No Reino Unido e nos EUA, por exemplo, o cenário é semelhante no grupo dos mais idosos. Em 2001, 47% dos centenários britânicos (identificados no recenseamento de 2001, dessa região) e 50% dos norte-americanos (EUA) viviam em alojamentos institucionais e, entre os que viviam em domicílios particulares, uma proporção significativa residia com os filhos (Goetting *et al.*, 1996, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). As diferenças de género também são coincidentes: 53% das mulheres do grupo dos mais idosos *versus* 24% dos homens residiam em instituições (possivelmente devido à maior prevalência de incapacidades no género feminino e viuvez) (Serra *et al.*, 2011).

A disponibilidade de um suporte social adequado faz diminuir a utilização dos serviços de acolhimento residencial, pelo que existe a probabilidade de uma proporção significativa de centenários residir com os filhos ou, menos frequentemente, com outros familiares (Goetting *et al.*, 1996, Tomassini, 2005, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). É provável que os filhos, com idades superiores a 70 anos, sejam os cuidadores informais privilegiados, portanto, já idosos, e também eles, decerto, com necessidades de cuidados sociais e de saúde (Serra *et al.*, 2011).

O recenseamento da população em 2011 informou que o número de famílias unipessoais, constituídas por uma pessoa idosa, representa a maioria das famílias unipessoais e corresponde a cerca de 10% do total de famílias clássicas portuguesas (n.º de famílias com uma pessoa idosa a viver sozinha / n.º de total de famílias clássicas), concentradas predominantemente no interior (INE, 2011). Portugal é o segundo país da UE com o maior número de famílias unipessoais idosas (com mais de 65 anos) com valores na ordem dos 52,9%, muito superior à média dos países deste continente, igual a 39,8% (Pordata, 2011).

No ELSA, no Reino Unido, a percentagem de homens e mulheres com mais de 85 anos a viverem sozinhos eram, respectivamente, 43,8% e 77,3% (Gjonça *et al.*, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Nos EUA, 43% dos homens e 7% das mulheres viviam com o cônjuge. O panorama

apresenta-se contraditório, quanto às circunstâncias dos maiores de 100 anos. Num estudo australiano, 27% dos homens e 14% das mulheres centenárias viviam sozinhas (Richmond, 2008, *cit. in Serra et al.*, 2011), possivelmente, devido à maior probabilidade de admissão em estruturas de alojamento residencial, comparativamente aos pares masculinos (Serra *et al.*, 2011).

Quanto à disponibilidade de recursos económicos no grupo mais longo, a literatura é ainda diminuta. No entanto, existem evidências de um declínio da riqueza com a idade e que o grupo com idade superior a 85 anos, sobretudo, os elementos do género feminino, está em maior risco de pobreza (Bould *et al.*, 1997, *cit. in Serra et al.*, 2011). Esta informação é corroborada por Krach e Velkoff (1999, Serra *et al.*, 2011) em centenários, 25% das mulheres e 21% dos homens viviam em condições de pobreza. Para Emmerson e Muriel (2008, *cit. in Serra et al.*, 2011), as diferenças de género apresentadas neste indicador estão relacionadas com a influência de um mercado de género, no tempo ativo dos indivíduos desta coorte de nascimento, bem como com o estado civil. Segundo os autores, as mulheres sem cônjuge (viúvas, solteiras ou divorciadas) são as mais vulneráveis à pobreza nos últimos anos de vida.

Os centenários são menos propensos a ter economias em comparação com outros grupos etários, estando mais dependentes de ajudas económicas dos seus familiares (Goetting *et al.*, 1996, *cit. in Serra et al.*, 2011). O longo período de aposentadoria, que possivelmente terá tido um número igual ou superior de anos ao período activo, poderá, para além de esgotar os seus recursos, “*alterar o fluxo tradicional de riqueza entre as gerações da família*” (Serra *et al.*, 2011, p.30).

Após uma abordagem da vertente objetiva do indicador, a percepção subjetiva, surge, em contraste, no grupo dos mais idosos, com resultados pouco ou nada proporcionais. Apesar da situação financeira, usualmente mais desfavorável para os idosos mais velhos, não se verificaram diferenças relevantes quanto ao nível de satisfação, entre estes e grupos mais novos de idosos (Sinclair, 2010, *cit. in Serra et al.*, 2011). Para Price (2008), na mesma obra, este fato é possivelmente justificado por uma diminuição das expectativas em relação aos rendimentos e a uma reorganização de prioridades ao longo do tempo ou, talvez, pela dificuldade em reconhecer e/ou declarar a sua insuficiência de recursos.

Autores como McDonald *et al.* (2009, *cit. in Poon et al.*, 2010) e Randall *et al.* (2009, *cit. in Poon et al.*, 2010) investigaram relação entre a auto-avaliação do estatuto económico com a saúde mental. Os primeiros encontraram uma correlação positiva significativa entre ambas, os segundos, adicionando à adequação de recursos económicos a auto-percepção de recursos sociais (incluindo variáveis distais, como o estatuto socioeconómico na infância e eventos de vida stressantes, experimentados ao longo do desenvolvimento, e variáveis proximais

socioeconómicas e sociais) obtiveram uma correlação positiva muito significativa. Na investigação de Poon *et al.* (2010), porém, a essa correlação positiva apenas se verificara nos recursos sociais.

É fundamental a identificação e avaliação dos tipos e da adequação dos vários recursos ao dispor destes cidadãos, sobretudo em idosos mais velhos, não só pelo tendencial aumento da sua proporção na sociedade, mas pela diversidade de necessidades que possam apresentar no futuro. Acautelando uma redução e inadequação de recursos serão, provavelmente obtidos ganhos em qualidade de vida.

#### 4.3.1.5 Recursos socio-emocionais e bem-estar

##### a) Recursos sociais

As relações sociais entre familiares, vizinhos, amigos, desenvolvidas em grupos sociais ou no acesso a serviços de apoio e a perceção de uma rede de apoio social satisfatória são determinantes essenciais para a qualidade de vida da pessoa idosa. Todavia, para os centenários, os resultados das pesquisas, neste indicador, revelaram um cenário pouco animador:

- Este grupo possui menores recursos sociais, comparativamente a octogenários (Barnes *et al.*, 2006, Randall *et al.*, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011);
- Estão significativamente mais propensos ao isolamento social do que qualquer grupo mais jovem (Hutnik, Smith, & Koch, 2012);
- Existem relatos significativos de experiências de solidão entre os mais velhos (e.g. estudo sueco *Umeå 85+ Study*, que pode ser uma experiência negativa, quando associada a perda, ou uma experiência positiva, proporcionando uma sensação de liberdade) (Graneheim & Lundman, 2010, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012; Serra *et al.*, 2011);
- Existe uma grande taxa de viuvez, sobretudo entre as mulheres (e.g. nos censos de 2001, no Reino Unido, cerca de 1/2 de homens com 100 ou mais anos e de 4/5 de mulheres com a mesma idade eram viúvos), espera-se que, com o tendencial aumento da proporção de centenários do género masculino, este indicador seja progressivamente diminuído (Serra *et al.*, 2011);
- Estes têm dificuldade em aceder a serviços básicos sobretudo através da utilização de tecnologias (e.g. marcar uma consulta médica, utilizando o telemóvel) (Hutnik *et al.*, 2012).
- A prevalência de dificuldades sensoriais, auditivas e visuais, poderá constituir uma das causas da desistência de actividades de lazer e da menor participação social (Dello Buono, 1998, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

- Muitos dos idosos centenários estão institucionalizados, sendo, maioritariamente, do género feminino. A maior parte dos centenários que viviam em instituições declararam possuir menores recursos sociais, comparativamente aos seus pares residentes na comunidade (e.g. como indicam os resultados do *Georgia Centenarian Study*) (Randall *et al.*, 2010, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Efetivamente, residir em determinadas estruturas de acolhimento residencial não garante um maior número e a melhor qualidade de contactos sociais, sobretudo para as pessoas idosas mais fragilizadas (Bowers *et al.*, 2009; Callaghan *et al.*, 2009, *cit. in* Serra *et al.*, 2011). Há, ainda, muito por fazer no âmbito da qualidade dos serviços de acolhimento de pessoas idosas. Existem estudos que destacam as suas potencialidades: Bowers *et al.* (2011, *cit. in* Serra *et al.*, 2011) demonstraram que os novos contactos que podem surgir nas instituições ou na recepção de cuidados e a reciprocidade das relações são, muitas vezes, determinantes de qualidade de vida; outros revelam melhorias na performance comunicativa dos residentes em lares que promovem oportunidades para a interacção social (Keller-Cohen *et al.*, 2006, *cit. in* Serra *et al.*, 2011).

As redes sociais na vida tardia tornam-se mais estreitas, centradas na família e em alguns amigos, em detrimento de amplos círculos de convivência (Carstensen, 1995, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012). A perda e a lealdade para com entes queridos falecidos podem torná-los relutantes em gerar novos afectos e desenvolver novas relações. Quando existem, tendem a ser emocionalmente mais distantes. Em vez disso tendem somente a redefinir as já existentes (Serra *et al.*, 2011). A existência e a percepção de uma rede de apoio social adequada e empenhada poderá ser um factor de protecção e um determinante essencial de longevidade e qualidade de vida, nas últimas idades (Koch, Power, & Kralik, 2005, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012).

No estudo de Hutnik, Smith e Koch (2012), apesar de um número significativo de participantes centenários vivesse de forma independente, o apoio que pudessem necessitar era dado pelas suas famílias, sobretudo, pelos filhos com idades normalmente compreendidas entre os 70 e os 80 anos. O afeto e o sentimento gratidão acompanharam a descrição do apoio recebido, pelos idosos mais velhos.

## **b) Eventos de vida**

Os eventos da vida são experiências positivas ou negativas que influenciam, consequentemente, positiva ou negativamente, a saúde física, mental e funcional, a sobrevivência e a qualidade de vida dos indivíduos (Poon *et al.*, 2010).

Com o avanço dos anos, o idoso vai acumulando uma série de vivências: a infância, o casamento, o nascimentos dos filhos, a perda de familiares e o luto, a institucionalização, os eventos históricos, o declínio da saúde, a aposentadoria, os conflitos interpessoais,... O estudo dos centenários veio complementar e reforçar o corpo de evidências: os eventos de vida, sob a forma de influências distais (história pessoal) ou influências proximais (condições atuais) têm impacto no actual funcionamento dos idosos e qualidade de vida na última etapa (Poon *et al.*, 2010).

Os resultados do *Georgia Centenarian Study* confirmam esta informação. 87,3% dos centenários vivenciaram a morte do cônjuge, 32,1% o falecimento de um filho, 97,8% um ou mais internamentos hospitalares e 89,9% um declínio na realização das actividades quotidianas. Comparativamente a octogenários, os centenários deste estado norte-americano experimentaram mais eventos distais e menos eventos proximais e positivos (Poon *et al.*, 2010). O número de filhos predisse significativamente a capacidade de realização de AVD's e AIVD's e a solidão na vida tardia: quanto maior o número de filhos, maiores *scores* no desempenho nas actividades quotidianas e menores *scores* de sentimentos de solidão.

Este estudo demonstrou a influência dos eventos de vida distais no estado de saúde física do centenário e como a avalia (Hensley *et al.*, 2010, *cit. in* Poon, *et al.*, 2010). Os eventos negativos predisseram, de forma acentuada, os problemas de saúde actuais, isto é, quanto mais eventos de vida negativos experimentados, maior a quantidade de problemas saúde mencionados (Poon *et al.*, 2010). Foram evidenciados resultados idênticos para a saúde da infância dos centenários, que previu, significativamente, os problemas de saúde actuais (Poon *et al.*, 2010). As ocorrências de vida negativas ou positivas e a auto-avaliação da saúde foram positivamente associadas: os centenários com um bom desempenho cognitivo que experimentaram um grande número de eventos negativos, apresentaram pontuações baixas na auto-avaliação da saúde (Poon *et al.*, 2010).

Os eventos de vida foram, igualmente, associados à congruência, ou seja, à satisfação com as realizações pessoais passadas, e à satisfação com a vida: os centenários com o maior número de acontecimentos negativos alegam níveis mais baixos de congruência e satisfação com a vida (Poon *et al.*, 2010). Curiosamente, os indivíduos que experimentaram um elevado número de eventos, positivos e/ou negativos, revelaram um baixo nível de congruência (Poon *et al.*, 2010).

O conhecimento da história pessoal da pessoa idosa permite compreender o seu estado atual e não só. O narrar e refletir sobre memórias autobiográficas, sobre as suas experiências, ideias e vida quotidiana, passada e presente, contribui para a manutenção do bem-estar

socioemocional nas idades mais longevas (Darviri *et al.*, 2009; Woodward, 1997, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012).

### c) Adaptação

A capacidade de adaptação com sucesso à mudança e à adversidade foi comum a todos os centenários dos estudos de Hutnik *et al.* (2012), desenvolvido no Reino Unido, e de Darviri *et al.* (2009), na Grécia.

Baltes (2003, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011) e Rowe e Kahn (1998, *cit. in* Fernández- Ballesteros, 2004) desenvolveram modelos conceituais de adaptação do ser humano às mudanças que ocorrem ao longo do ciclo vital (os primeiros) e especificamente na última fase da vida (os segundos), designadamente, o Modelo de Seleção, Otimização e Compensação e o Modelo do Envelhecimento Bem-Sucedido.

Segundo a perspetiva de Baltes, a capacidade de adaptação concretiza-se através de três processos: a seleção, a otimização e a compensação. A primeira refere-se à escolha, consciente ou não, de determinadas metas ou domínios de comportamento como espaço de desenvolvimento (crescimento, manutenção ou regulação da perda). A seleção é um mecanismo necessário de adaptação, sobretudo, num momento em que os recursos (internos e/ou externos) são limitados, que implica optar por determinadas metas em detrimento de outras. A otimização refere-se ao esforço realizado pela pessoa para alcançar um nível mais alto de funcionamento em esferas de vida que escolheu como cenário de desenvolvimento, utilizando os recursos ao seu dispor ou procurando obtê-los. A compensação é uma resposta a uma perda ou ausência de um meio ou um recurso, mediante a reconstrução ou a aquisição de novos recursos, para atingir a meta desenvolvimental esperada, ou a redefinição da própria meta e expectativas (mais simples e realistas, por exemplo, o desejar “*continuar como estou*”, “*não piorar*”). A integração destes três mecanismos traduzir-se-á em um envelhecimento com êxito (Baltes & Baltes, 1990, *cit. in* Villar & Triadó, 2006).

Recentemente, a partir de um estudo de centenários (*Georgia Centenarian Study*), surgiu o Modelo de Adaptação da Georgia, igualmente pertinente para o estudo do bem-estar e qualidade de vida para as pessoas idosas de todas as idades. Para avaliar o processo de adaptação positiva na pessoa idosa, segundo este modelo, são utilizados os seguintes indicadores: a auto-avaliação da saúde, a capacidade cognitiva e funcional, a saúde mental, os recursos económicos e sociais, o bem-estar psicológico, os eventos da vida distais e proximais, as competências de *coping* e a congruência (satisfação com realizações passadas) (Martim *et al.*, 2011, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011). Para além de apoiarem a medição da adaptação e da qualidade de vida dos mais velhos, constituem importantes focos de

intervenção nas práticas profissionais gerontológicas, com vista à promoção da qualidade de vida da pessoa idosa e de um envelhecimento bem-sucedido.

#### d) Bem-estar emocional

São vários os elementos cuja presença ou ausência aumenta ou diminui o bem-estar psicológico na vida tardia: a auto-aceitação (a aceitação do *eu*, do passado e do presente, a manutenção da identidade), as relações interpessoais positivas e de qualidade (rede de apoio social percebida, redes intergeracionais), a autonomia (o controlo pessoal), a maestria sobre o ambiente (com a utilização da otimização seletiva com compensação como resposta adaptativa às eventuais perdas), a posse de objetivos e acoplamento à vida (posse de objetivos exequíveis e elevada valoração da vida) e as oportunidades e recursos para crescimento pessoal (capacidade adaptativa, plasticidade).

Segundo Papadopoulos *et al.* (2011, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012), existem seis elementos básicos para o bem-estar psicológico e emocional em adultos mais velhos:

- Preocupação com e contribuição para o bem-estar dos outros;
- Ser capaz e ter a oportunidade de gerir a própria vida;
- Envolvimento em atividades que mantenham o interesse pessoal;
- Conexão ao ambiente pessoal, material, social e espiritual e a manutenção de relações que geram compromisso, envolvimento e inclusão;
- Adequação dos seus recursos financeiros e materiais às suas necessidades;
- Posse de um conjunto de características pessoais que permitam, à pessoa idosa, enfrentar os desafios e as mudanças inerentes ao processo de envelhecimento com um senso de integridade do *Self*.

Abaixo serão analisados estes e outros fatores que intervêm no bem-estar e na QdV da pessoa centenária: a personalidade, a adaptação, a atitude perante a vida (o positivismo, o estoicismo, as estratégias socialização, de  *coping*  e de resolução de conflitos, a resiliência, ...) e a atitude perante a morte, com inclusão de algumas informações extraídas de estudos recentes.

#### Personalidade

Com o avanço dos anos, é usual ocorrerem alterações, designadamente, de declínio no desempenho físico e psíquico do ser humano, de ganhos em experiência e conhecimentos especializados. Mas existem outras características que se mantêm relativamente estáveis ao longo do tempo de vida, nomeadamente, os traços de personalidade.

A avaliação dos traços de personalidade dos centenários reveste-se da maior importância, em estudos sobre os mais longevos. A personalidade influencia a fortemente o modo como a pessoa idosa gere e se adapta às mudanças e adversidades inerentes ao processo de envelhecimento (Martin, 2007, *cit. in Poon et al.*, 2010). É, para alguns autores, responsável pelas diferenças individuais na vivência das últimas etapas do ciclo de vida. Os traços de personalidade explicam por que é que a vida, após os 100 anos, pode ser para alguns indivíduos tão agradável, independentemente de algumas condições físicas e, para outros, angustiante e sem sentido (Poon *et al.*, 2010).

A “*personalidade forte*” (que inclui o domínio, a desconfiança e astúcia) (Hutnik *et al.*, 2012) é “*um possível indicador de sobrevivência e um recurso importante que podem ajudar estes indivíduos a adaptar-se aos problemas do quotidiano na idade avançada*” (Martin, 2006, Poon, *et al.*, 2010, p. 6).

Alguns estudos recentes têm demonstrado que os centenários apresentam uma combinação de específica de características de personalidade (Poon *et al.*, 2010). Considerando o conjunto de características do BIG FIVE (um modelo de avaliação da personalidade que considera a existência de cinco tipos: a extroversão, o neuroticismo, a abertura à experiência, a conscienciosidade, a amabilidade), os centenários apresentam um baixo nível de neuroticismo, na maioria dos estudos, um nível de extroversão moderadamente alto (GCS, por Martin, 2006, *cit. in Poon et al.*, 2010), abertura à experiência (estudo japonês, por Shimonaka *et al.*, 1996, *cit. in Poon et al.*, 2010), uma considerável consciência e afabilidade (GCS, por Martin, 2006, *cit. in Poon et al.*, 2010).

No estudo sueco, os centenários foram caracterizados como seguros, confiáveis, maduros, responsáveis, descontraídos, relaxados, eficientes, não propensos à ansiedade e com pouca participação em atividades sociais (Samuelsson, 1997, *cit. in Poon et al.*, 2010). Outros estudos destacam a presença de uma personalidade de tipo B, caracterizada por uma falta de antagonismo, que favorece a sociabilidade e a adoção de estratégias específicas de *coping* e de resolução de conflitos (Darviri *et al.*, 2009; Hutnik *et al.*, 2012; Shimonaka, Nakasato, & Homma, 1996, *cit. in Poon et al.*, 2010). Todas as avaliações de personalidade nos estudos foram fornecidas pelo *proxy* do centenário (Poon *et al.*, 2010).

### **Felicidade, congruência e satisfação com a vida**

Diener e Biswas-Diener (2008, *cit. in Poon et al.*, 2010) definiram este conceito como o produto entre o que temos (passado e presente) e o que ambicionamos (presente e futuro). Por outras palavras, consiste na satisfação com as realizações, com a disponibilidade e utilização efetiva de recursos (psicológicos, sociais, materiais e económicos), no passado e no

presente, de acordo com as aspirações individuais, perspetivando a sua continuidade, a curto, a médio e a longo prazo. Sob o prisma da psicologia evolutiva, a felicidade é concetualizada como a realização de uma adaptação bem-sucedida, alcançada mediante a congruência (a aceitação e satisfação com as realizações passadas) e a utilização de recursos que permitam a manutenção da saúde, do bem-estar e da sobrevivência (Hill & Buss *cit. in* Poon *et al.*, 2010).

Numa investigação com centenários foi confirmada a correspondência significativa entre estes elementos: uma maior congruência, com a perceção da adequação de recursos económicos disponíveis, o estado de saúde atual e a felicidade atual (Bishop *et al.*, 2010, *cit. in* Poon, *et al.*, 2010). O mesmo estudo destaca a influência da emocionalidade positiva, associada a uma maior sensação de felicidade, e da fadiga, condição usual em indivíduos mais velhos, que condiciona, negativamente, a emocionalidade positiva.

No *Heidelberg Centenarian Study*, por exemplo, a maioria dos participantes (71%) sentia-se feliz a maior parte do tempo (Rott & Jopp, 2006, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011). Também num estudo britânico, de Hutnik, Smith e Koch (2012), os 16 centenários participantes, cognitivamente intactos, auto-avaliaram as suas vidas como “felizes” ou “boas” e diziam sentir-se satisfeitos, antes e após os 100 anos de idade. A infância, o casamento, o relacionamento cordial com o esposo(a) e outros familiares, a ausência de preocupações, a satisfação com a sua condição não desejando outra, a superação dos desafios de vida e a boa saúde são as causas mais referidas para a apreciação positiva da sua vida, passada e presente. Os 9 centenários de nacionalidade grega, participantes no estudo de Darviri *et al.* (2009), também reviram as suas vidas com sentimentos de satisfação e consideravam-se felizes, apesar da recente e progressiva deteriorização do seu estado de saúde, do seu estado funcional e das perdas de entes queridos. Estes resultados de satisfação com a vida e de felicidade sugerem a manifestação do que Erickson (1968) designou de integridade do Ego ou de integridade do *Self*, por Papadopoulos *et al.* (2011, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012).

### **Compromisso com a vida**

Segundo Futrell, Wondolowski e Mitchell (1993, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012) “o idoso mais velho tende a intensificar o seu compromisso com a vida, enquanto enfrenta o seu inevitável declínio físico com “serenidade oscilante.” Todos os centenários intervenientes no estudo de Hutnik, Smith e Koch (2012) mostraram um compromisso ativo e positivo com a vida, demonstrando fortes interesses (desde o desporto, às artes, à política, à jardinagem e à culinária), um nível elevado de participação social e uma orientação para o outro (tributo individual para um mundo melhor).

A participação e a contribuição social parecem concorrer, de modo muito significativo, para uma velhice gratificante (Bucov *et al.*, 2002, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012) e enriquecedora (Papadopoulos *et al.*, 2011, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012). O compromisso com a vida está fortemente associado à autonomia e ao controlo pessoal, isto é, a capacidade de exercer domínio, influência e gerir com independência as suas próprias vidas, de acordo com os seus valores, interesses e opções (Papadopoulos *et al.*, 2011, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012).

### **Depressão e ansiedade**

A depressão é uma das causas mais comuns de *distress* emocional na última fase da vida, no entanto os resultados da investigação com centenários parecem contradizer este fato. Na amostra centenária de Tarafo *et al.* (2009, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011), 54,8% não apresentavam indícios da doença e apenas 12,8% obtiveram o diagnóstico de depressão clínica. Os participantes revelaram também baixos níveis de ansiedade. Na amostra selecionada pela equipa de Hutnik (2012) e na de Darviri (2009) nenhum dos elementos manifestou uma sintomatologia depressiva (no entanto, os autores deixam a ressalva de uma limitação do estudo, os indivíduos com depressão não se disponibilizam a participar e foram incluídas na amostra apenas pessoas que uma função cognitiva não comprometida).

### **Resiliência**

A resiliência psicológica é um processo de adaptação positivo às circunstâncias e experiências de vida adversas (Zeng & Shen, 2010). Caracteriza-se por uma flexibilidade psicológica, emocional e comportamental perante as exigências, internas ou externas.

Os traços de personalidade (neuroticismo, em relação à doença, abertura à experiência, que facilita a aceitação da ajuda, a extroversão), o afeto (relações afetivas, emoções positivas, maturidade emocional), os objetivos e investimentos (a seleção de metas que confirmam sentido à vida), as estratégias de *coping* (distanciamento, reavaliação positiva, especificidade da situação de perda, comparação-a), as relações interpessoais (rede de apoio percebido, intergeracionalidade), a perceção do tempo (noção da rapidez do tempo, do futuro, do final da vida), o auto-conceito (multifacetado) e o funcionamento cognitivo (níveis elevados de desempenho, plasticidade, estimulação) são elementos essenciais a uma adaptação bem-sucedida aos desafios e constrangimentos que possam surgir ao longo do ciclo vital.

Num estudo transversal ao *Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*, os centenários demonstraram ser significativamente mais resilientes comparativamente a idosos de grupos etários mais jovens e que os homens idosos são mais resilientes que os seus pares femininos em qualquer grupo de idades. O questionário aplicado incluía questões sobre as habilidades

de *coping* e de adaptação (designadamente, a tenacidade pessoal, o optimismo, lidar com o humor negativo, relações seguras e autocontrolo). Os autores confirmaram a hipótese inicial: uma maior resiliência contribui para a longevidade excepcional, em idades muito avançadas (Zeng & Shen, 2010). A resiliência aumenta a probabilidade de sobrevivência aos 100 anos, entre nonagenários com idades compreendidas entre os 94 e os 98 anos em 43,1%, para o género masculino em 51,5% e para as mulheres em 40,4%. Outro estudo anterior de Zeng & Shen (2010) indicara que, média, uma melhor resiliência diminui o risco de mortalidade em cerca de 15.5% entre todos os idosos (com 65 e mais anos).

O *Heidelberg Centenarian Study* (Jopp & Rott, 2006, *cit. in* Zeng & Sheng) e um estudo sueco de Nygren (2005, *cit. in* Hutnik, 2012) também apresentaram relatos idênticos ao estudo chinês quanto à resiliência: os centenários, alemães e suecos, revelam uma capacidade de resiliência psicológica superior a indivíduos mais novos.

Na investigação de Hutnik, Smith e Koch (2012) e na de Darviri e colegas (2009) este construto está bem presente na vigorosa capacidade de adaptação à mudança e à adversidade e na habilidade de prosseguir apesar dessas circunstâncias. No *Georgia Centenarian Study*, os participantes evidenciaram características como o optimismo e a flexibilidade, atributos relacionados com o construto de resiliência, em estudos prévios (Poon *et al.*, 1992, *cit. in* Zeng & Sheng, 2010).

### Positivismo

A atitude otimista perante a vida e o processo de envelhecimento influenciam expressivamente a qualidade de vida dos mais velhos (Serra *et al.*, 2011). Carstensen (1995), na sua Teoria da Seleção Socio-emocional, demonstra que os idosos possuem um enviesamento positivo que contribui para a regulação eficaz da emoção. De acordo com a sua perspectiva, as restrições de tempo percebidas (designadamente, a aproximação do fim da vida) justificam, na pessoa idosa, para além da manutenção de uma rede social menor, mas emocionalmente mais satisfatória, e da prevenção de conflitos, a reformulação das memórias autobiográficas negativas em termos positivos (Darviri *et al.*, 2009, Hutnik *et al.*, 2012). Esta capacidade de redefinição positiva de eventos negativos é essencial ao bem-estar emocional da pessoa idosa.

Na maioria dos estudos qualitativos existentes, o positivismo foi uma característica recorrente nos elementos da amostragem. Porém, também houve, em alguns estudos, participantes que declaram que as suas vidas não tinham qualquer propósito (Hedburg *et al.*, 2009, Serra *et al.*, 2011). Tal contraste de resultados sugere a necessidade de um aprofundamento destas questões em pesquisas futuras. Para além do positivismo, o sentido de humor também esteve bem presente nas entrevistas aos centenários gregos (Darviri *et al.*, 2009).

## **Estoicismo**

O grupo de idades extremas investigado por Hutnik, Smith e Koch (2012) manifestaram a capacidade de aceitação de circunstâncias, fatos ou acontecimentos de vida negativos, prosseguindo com as suas vidas, apesar disso. Para alguns participantes, a capacidade de aceitação e a determinação em continuar as suas vidas é a melhor forma de lidar com o stress e com as dificuldades e, talvez, o segredo da longevidade. O sentimento de auto-eficácia, de controlo pessoal, de liberdade de escolha, a perceção adequada dos seus recursos internos e externos facilitaram a estes idosos a superação dos desafios e das adversidades, ao longo das suas vidas. Resultados análogos, de aceitação e estoicismo, foram exibidos no estudo de Kock (2010, *cit. in Serra et al.*, 2011) e de Darviri e colegas (2009). Os participantes revelaram, também, que o seu desenvolvimento continuou após os 100 anos.

## **Religiosidade**

A religiosidade influencia mecanismos de *coping* e permite, usualmente, a manutenção de uma visão positiva e de satisfação com vida (Serra *et al.*, 2011). É considerada uma importante fonte de apoio, nas idades avançadas, na figura de Deus, mas principalmente na de Igreja (enquanto comunidade) (Hutnik *et al.*, 2012). A combinação de um senso de propósito aliado a um papel ativo na organização religiosa tem sido referenciada em alguns estudos, sobretudo, beneficiando o género feminino em interação social e no compromisso com a vida (Serra *et al.*, 2011). A religiosidade é maior em centenários que em grupos mais jovens (Dello Buono, 1998, *cit. in Serra et al.*, 2011) e está positivamente associada à adaptação (Archer *et al.*, 2005, *cit. in Serra et al.*, 2011).

## **Fontes de frustração**

Ainda que esta população tenda a reconhecer o valor do apoio e dos esforços dos cuidadores, a manutenção da autonomia é considerada, pela generalidade dos centenários, como um elemento primordial do seu bem-estar psicológico e da sua realização pessoal. Assim, as fontes de frustração nestas idades extremas dirigem-se, sobretudo, às circunstâncias que ameaçam ou afastam a possibilidade de uma vida independente, designadamente, as dificuldades sensoriais, visuais e auditivas, as dificuldades de mobilidade e, conseqüentemente, a perda de autonomia (Hutnik *et al.*, 2012).

## **Atitude perante a morte**

Dado que apenas alguns idosos têm, atualmente, o privilégio de completar um século de vida, é provável que, aos 100 anos, o idoso acumule diversas experiências de perdas e de lutos, de

familiares de diversas gerações, de conjuges, de amigos, dos pares e de outras figuras significativas. A maioria dos estudos que abordam a atitude da pessoa centenária perante a morte têm demonstrado a capacidade de integração e de aceitação dessas perdas, como um fenómeno natural (Darviri *et al.*, 2009; Hutnik *et al.*, 2012).

No entanto, em alguns estudos, a abordagem à própria morte é um tema que parece ser evitado pelo participante (Hutnik *et al.*, 2012) e, em outros, pareciam aceitar a aproximação da morte e sentir-se preparados para o inevitável fim de vida (Darviri *et al.*, 2009).

### O “ aqui e o agora”

Na pesquisa de Hutnik, Smith, & Koch (2012) foi evidenciada, pela maioria dos entrevistados, uma atitude perante a vida baseada no “aqui e no agora”, tão difundidas em algumas filosofias orientais, como o budismo. O foco é colocado no momento presente, o passado é pouco referido nos seus discursos espontâneos e o futuro, ainda que possa ser perspectivado, também. Estes indivíduos, segundo os investigadores, parecerem igualmente testemunhar o conceito de integridade do Ego de Erickson (1968), a revisão e a integração de todas as etapas de desenvolvimento anteriores, atribuindo sentido à sua existência (em oposição ao desespero pela impossibilidade de haver uma continuidade).

### Estratégias de socialização

O estudo de Darviri *et al.*, 2009, desenvolvido com nove centenários gregos, demonstrou algumas características no seu estilo de socialização, nomeadamente, a socialização selectiva e a gestão cognitiva das relações sociais. Todos eram sociáveis e apreciavam a companhia de outros, mas condicionalmente. As relações sociais mantidas sobre condições específicas (valor percebido do outro, empatia, entre outras) não se apresentam como uma estratégia de socialização adquirida apenas na vida tardia, resultante de uma necessária adaptação às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento, mas como um comportamento empreendido ao longo do ciclo de vida do centenário. Foram encontrados resultados semelhantes no estudo de Carstensen, Isaacowitz & Charles (1999), os mentores da Teoria da Selectividade Socioemocional, e noutros estudos com centenários (Darviri *et al.*, 2009).

A gestão cognitiva das relações sociais, com um reduzido investimento emocional e com uma orientação clara para si (de acordo com as suas necessidades e objetivos), são outras características das relações sociais mantidas pelos centenários (Darviri *et al.*, 2009). Outros centenários, de outras nacionalidades, apresentaram características similares nos seus contactos sociais, nomeadamente os alemães da amostra de Rott (1999) e os norte-americanos de Martin *et al.* (1992) (Darviri *et al.*, 2009). Ambas as estratégias, combinadas, permitem aos

idosos mais velhos minimizar os riscos e obter o máximo benefício das suas relações sociais (Teoria de Selectividade Emocional, de Cartensen *et al.*, 1999, *cit. in* Darviri *et al.*, 2009).

#### **Estratégias de *coping* e de resolução de conflitos**

O estudo de Rott (1999), desenvolvido na Alemanha, sugeriu que os centenários utilizam todos os tipos de *coping* (Darviri *et al.*, 2009). Darviri e colegas (2009) procuraram conhecer as estratégias empreendidas pelos centenários gregos para a gestão do stress. A prevenção de conflitos, uma resposta de fuga perante os stressores (acontecimentos imprevistos, pessoas que não gostavam ou com pontos de vista diferentes) e, menos expressivamente, outras respostas como a utilização de métodos de resolução de problemas ou a simulação de ignorância caracterizaram as estratégias de *coping* utilizadas (Darviri *et al.*, 2009).

Estes centenários procuraram evitar conflitos, ao longo das suas vidas. A prevenção era efetuada após a sua deteção precoce ou por antecipação (*coping* pró-activo) (Darviri *et al.*, 2009). Face ao elemento stressor, adotam habitualmente um comportamento de evasão e procuram precaver contactos futuros. Utilizando estas estratégias de *coping*, o centenário minimiza os danos que poderão advir envolvimento em conflitos e da exposição ao stress, ajudando-o a preservar os recursos necessários à sua sobrevivência (Darviri *et al.*, 2009).

#### **4.3.1.6 Avaliação global de qualidade de vida**

A apreciação global da QdV foi solicitada num número limitado de estudos, no entanto, a maioria dos inquiridos avaliou-a como “boa” ou “muito boa”, numa escala de Má a Excelente (McCormack, 2002, Richmond *et al.*, 2011, *cit. in* Araújo *et al.*, 2011). Este fato parece indicar-nos que os centenários, apesar das fragilidades que possam manifestar, com frequência, ao nível do funcionamento físico e cognitivo, relatam altos níveis de bem-estar subjetivo e manifestam uma grande capacidade de adaptação às situações adversas que foram ocorrendo ao longo das suas vidas (Araújo *et al.*, 2011).

Contudo, haverá que destacar possíveis diferenças de género também neste indicador. Evidências provenientes de vários estudos sobre qualidade de vida em adultos mais velhos sugerem que a QdV diminui com a idade e que, nas idades mais avançadas, difere entre homens e mulheres. Segundo a ONS (2009, *cit. in* Serra *et al.*, 2011) antes dos 75 anos, os indivíduos do género masculino são mais propensos a uma qualidade de vida inferior relativamente aos seus pares femininos, porém, após esta idade, o cenário é invertido. Há informação de que as mulheres nas idades tardias apresentam maiores níveis de declínio funcional, físico e cognitivo, contudo, a investigação ainda não desvendou se existe uma continuidade deste padrão de diferença de género (ou quais são as suas causas) entre os mais

longevos, após os 100 anos (Serra *et al.*, 2011). A tabela 3 sintetiza as principais evidências oriundas de investigações com centenários em indicadores relacionados com a QdV.

**Tabela 3** - Os principais resultados de investigações com pessoas centenárias relativos aos indicadores relacionados com a qualidade de vida.

Síntese dos principais resultados de investigações com centenários em indicadores relacionados com a qualidade de vida		
Dimensão	Autores /Estudo	Principais resultados
Saúde	<i>New England Centenarian Study</i> (EUA) <i>Georgia Centenarian Study</i> (EUA) <i>Okinawa Centenarian Study</i> (Japão)	Os centenários parecem conservar a saúde física durante mais tempo, deteriorando-se, de forma rápida num período curto que antecede o final de vida.
Funcionamento cognitivo	<i>Heidelberg Centenarian Study</i> (Alemanha) <i>Georgia Centenarian Study</i> (EUA) <i>Okinawa Centenarian Study</i> (Japão)	Ainda que a prevalência de demência aumente com a idade e apesar da ampla variedade inter-estudos, existe uma proporção significativa de centenários sem diagnóstico de demência.
Funcionalidade	<i>China Longitudinal Healthy and Longevity Survey</i> (China) <i>SWEOLD - Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old</i> (Suécia)	Os idosos de idades extremas apresentam uma ampla variação em termos de funcionalidade física. Existem evidências de amostras centenárias de base populacional com um fraco desempenho físico.
	<i>New England Centenarian Study</i> (EUA) <i>Georgia Centenarian Study</i> (EUA) <i>Okinawa Centenarian Study</i> (Japão) Estudo de Andersen-Ranberg (1999) (Dinamarca)	Em outros estudos, os centenários revelaram uma satisfatória performance funcional.
Optimismo	<i>Heidelberg Centenarian Study</i> (Alemanha) <i>Georgia Centenarian Study</i> (EUA) Estudo de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia) Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)	Estes indivíduos tendem a manter uma atitude perante a vida otimista e positiva.
Adaptação à mudança e à adversidade	Estudo de Zeng e Shen (2010)(CLHLS - China) <i>Heidelberg Centenarian Study</i> (Alemanha) Estudo de Nygren (2005) (Suécia)	São sujeitos resilientes, com uma grande capacidade adaptativa à mudança e à adversidade.
	Pesquisa de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia) Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)	A investigação indica, ainda, que são capazes de aceitar as dificuldades e as circunstâncias negativas e prosseguir as suas vidas.
Estratégias de coping	<i>Heidelberg Centenarian Study</i> (Alemanha)	Os centenários apresentam um conjunto de aptidões que lhes permitem lidar com o stress, utilizando todos os tipos de <i>coping</i> .
	Pesquisa de Darviri <i>et al.</i> (2009)	Parecem ser habéis na prevenção de conflitos, por

	(Grécia)	antecipação ou evasão, utilizam métodos de resolução de conflitos e, por vezes, a simulação de um desconhecimento dos fatos ou circunstâncias stressantes.
<b>Traços de personalidade</b>	<p>Pesquisa de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia)</p> <p>Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)</p> <p><i>Georgia Centenarian Study</i> (EUA)</p> <p>Estudo de Shimonaka (1996) (Japão)</p> <p>Estudo de Martin, 2006 (GCS - EUA)</p>	Os centenários parecem reunir um conjunto de traços de personalidade peculiar: são sociáveis (Darviri <i>et al.</i> , 2009; Hutnik <i>et al.</i> , 2012), extrovertidos, com um baixo nível de neuroticismo (GCS), e com abertura à experiência (Shimonaka, 1996). Parecem ser dotados de “uma personalidade forte” que inclui o domínio, a desconfiança e a astúcia (Martin, 2006, <i>cit. in</i> Poon <i>et al.</i> , 2010).
<b>Menor ansiedade e menor sintomatologia depressiva</b>	<p>Estudo de Samuelsson (1997) (Suécia)</p> <p><i>New England Centenarian Study</i> (EUA)</p>	Os centenarios parecem não ser propensos à ansiedade (Samuelsson, 1997) e apresentar uma baixa incidência de sintomatologia depressiva (NECS)
<b>Satisfação com os recursos económicos</b>	<p>Estudo de Sinclair (2009) (Reino Unido)</p>	Os centenários são menos propensos a dispor de um nível adequado de recursos económicos, comparativamente a outros grupos de indivíduos mais novos, porém o nível de satisfação com a sua situação financeira é semelhante.
<b>Religiosidade</b>	<p>Estudo de Dello Buono (1998) (Itália)</p> <p>Estudo de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia)</p>	A religiosidade é uma característica comum desta população em alguns estudos.
<b>Funcionamento sensorial e autonomia</b>	<p>Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)</p>	As fontes de frustração destes sujeitos de longevidade excecional estão frequentemente associadas às dificuldades sensoriais, visão e audição, às dificuldades de mobilidade e à perda de autonomia, essencialmente como consequência das primeiras.
<b>Rede social</b>	<p>Randall <i>et al.</i>, 2010 (GCS - EUA)</p> <p>Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)</p> <p><i>Umea 85+ Study</i> (Suécia)</p> <p>Estudo de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia)</p>	Este grupo tende a possuir menores recursos sociais (Randall <i>et al.</i> , 2010, <i>cit. in</i> Serra <i>et al.</i> , 2011) e estão mais propensas ao isolamento social (Hutnik <i>et al.</i> , 2012). Existem experiências de solidão reportadas pelos mais longevos, negativas, quando associadas à perda, e positivas, quando associadas a sentimentos de independência e liberdade ( <i>Umea 85+ Study</i> ). As redes sociais tornam-se mais estreitas (Araújo & Ribeiro, 2012) e centradas na família, nestas idades. Fora da família, tendem a caracterizar-se como emocionalmente mais distantes, são mantidas sob condições específicas e orientadas para si, de acordo com as suas necessidades, objectivos e benefícios que possam advir da sua manutenção (estudo de Darviri <i>et al.</i> , 2009).

<b>Perceção da saúde</b>	<i>China Longitudinal Healthy and Longevity Survey (China)</i> <i>Georgia Centenarian Study (EUA)</i>	Os centenários tendem a manifestar uma perceção positiva da sua saúde.
<b>Satisfação com a vida</b>	<i>China Longitudinal Healthy and Longevity Survey (China)</i> <i>Georgia Centenarian Study (EUA)</i> <i>New England Centenarian Study (EUA)</i> Estudo de Darviri <i>et al.</i> (2009) (Grécia) Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012) (Reino Unido)	Estes sujeitos tendem a expressar a satisfação, compromisso e a valorizar positivamente as suas vidas.
	<i>Heidelberg Centenarian Study (Alemanha)</i> Estudo de Hutnik <i>et al.</i> (2012)	Exibem altos níveis de bem-estar e felicidade.
	<i>New England Centenarian Study (EUA)</i>	Preservam uma emocionalidade predominantemente positiva.

# **ESTUDO EMPÍRICO**



## 5 Metodologia

Neste capítulo é apresentada a metodologia utilizada no estudo empírico que designamos de “A Longevidade Excepcional: Estudo sobre a Qualidade de Vida das Pessoas Centenárias da Beira Interior”. Serão descritos e analisados os objetivos, os procedimentos, os resultados e a discussão dos mesmos.

### 5.1 Enquadramento e objetivos do estudo

O aumento da longevidade das populações não tem sido acompanhado por um equivalente prolongamento do número de anos vividos sem incapacidade e com qualidade de vida (Robine *et al.*, 2010; Serra *et al.*, 2011). Se o aumento da esperança de vida *per si* tem repercussões a nível social, económico, cultural, na saúde e no bem-estar social, o aumento do número de anos vividos com morbidade e/ou incapacidade agravará a pressão e desafiará a eficiência e a sustentabilidade de todos os sistemas macro e microsociais, comprometendo a qualidade de vida dos cidadãos.

O grupo dos mais idosos, com 85 e mais anos, é, atualmente, o que tem apresentado um crescimento maior e mais rápido não só no nosso país e nos restantes países da Europa, mas também a nível mundial (Kwak *et al.*, 2010; Lanzieri, 2011, *cit. in* Serra *et al.*, 2011; INE, 2011). Considerando a continuidade do incremento da esperança média de vida, prevê-se um aumento da proporção da população com 80 e mais anos de idade que, em 2060, poderá constituir 15,8% da população portuguesa (INE, 2009).

A representatividade, neste grupo, da população centenária também tem registado um aumento considerável, sobretudo desde a viragem do século. Em Portugal, no recenseamento da população em 2011 foram identificados 1526 centenários, um número três vezes superior ao registado no recenseamento anterior (589 sujeitos), em 2001. As projeções mundiais da ONU indicam que existiam, em 2010, 353 000 centenários, estimando que, em 2100, o número destes sujeitos ascenda a 10 000 000 (Herm *et al.*, 2012).

Este incremento da proporção de pessoas idosas na população, que apresentam as alterações típicas de um estágio avançado de desenvolvimento e durante um período tendencialmente maior, exige o desenvolvimento de políticas, de equipamentos, de recursos, de serviços e de intervenções ajustadas às suas especificidades. Estes devem basear-se nas evidências empíricas, de forma a permitir que, além de se atingirem as idades mais avançadas, se usufrua do seu potencial, com um nível máximo de bem-estar e de qualidade de vida.

Adicionalmente, resultados de alguns estudos realizados com pessoas idosas sugerem que a qualidade de vida diminui com o avanço da idade e, após os 75 anos, essa diminuição é mais

marcante no género feminino (Serra *et al.*, 2011). Ainda não é conhecida a disponibilidade de um corpo de evidências preciso sobre a QdV no segmento centenário.

Tratando-se de um grupo selecionado de indivíduos, com características singulares, que viveram vidas muito mais longas relativamente aos seus pares, o seu estudo tem vindo a revigorar o conhecimento empírico sobre os processos de envelhecimento e de longevidade, gerando possíveis chaves para uma vida mais longa, com mais qualidade e bem-estar. É fundamental compreender o que ocorre “*na cauda da curva de sobrevivência*” para melhorar a qualidade de vida destes idosos e ajudar os mais jovens (Willcox, Willcox, & Poon, 2010) a cumprir a mesma proeza, a superação de um século de existência, fundamentando e alicerçando estratégias que possam modificar / desenvolver circunstâncias, individuais e/ou ambientais, para um envelhecimento bem-sucedido.

Embora a investigação tenha aumentado exponencialmente na última década, não há, ainda, uma vasta literatura específica sobre o grupo etário dos maiores de 100 anos, particularmente, no nosso país. Urge, portanto, a necessidade do desenvolvimento da pesquisa que contribua para um conhecimento dos centenários portugueses: quem são, onde residem, como estão, como viveram, como vivem agora, aos 100 anos, e como qualificam a experiência, antes rara, de alcançar o segundo século de vida.

Este estudo pretende avaliar a qualidade de vida de pessoas centenárias da Beira Interior. Trata-se de um conceito muito abrangente e multidimensional. Como tal, neste trabalho, optou-se por analisar apenas três variáveis: a auto-perceção da saúde, o funcionamento cognitivo e a auto-avaliação da qualidade de vida.

A saúde é considerada um importante determinante de qualidade de vida. A auto-avaliação da saúde constitui, para vários autores, o indicador de saúde preferencial, pois, abrange não só a descrição de um estado objetivo, mas, também, o seu impacto na funcionalidade e no bem-estar da pessoa. O funcionamento cognitivo constitui, também, um importante preditor de qualidade de vida, encontrando-se fortemente correlacionado, nos últimos anos de vida, com a funcionalidade e a longevidade. A avaliação global da qualidade de vida vem resumir e qualificar, numa única questão, o nível de bem-estar subjetivo e o grau de acoplamento à vida, o “*produto cognitivo-afetivo da avaliação individual dos aspetos internos e externos da qualidade de vida*” (Jopp, Rott, & Oswald, 2008, p.646). Adicionalmente, foram recolhidos os principais requisitos para “viver bem” aos 100 anos de idade, valorizados pelos inquiridos.

O presente estudo pretende, assim, analisar como é que os centenários portugueses, residentes na região da Beira Interior, percecionam a sua qualidade de vida. Os objetivos são:

- Avaliar a perceção da saúde de idosos centenários da Beira Interior;
- Avaliar a existência de défice cognitivo de pessoas centenárias da Beira Interior;
- Apresentar a avaliação subjetiva global da qualidade de vida de centenários da Beira Interior;
  - Identificar os fatores relacionados com a qualidade de vida das pessoas centenárias residentes na Beira Interior;
  - Comparar a avaliação subjetiva do centenário, do *proxy* e do representante do cuidado formal (nos casos em que usufrua deste serviço), quanto à qualidade de vida do primeiro.

## 5.2 Método

### 5.2.1 Desenho da investigação

De acordo com os objetivos gerais e específicos definidos, foi realizado um estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa. Os sujeitos foram observados e as suas características foram descritas e interpretadas, num único momento temporal (Gil, 1999).

### 5.2.2 Participantes

Os critérios de inclusão para a participação neste estudo foram os seguintes: ter idade igual ou superior a 100 anos (ou 99 anos, completando 100 anos até 31 de Dezembro de 2013); ter um meio de prova da idade (bilhete de identidade ou outro); aceitar participar, de forma voluntária; ter respondido às questões do Protocolo do Idoso (foram excluídos 5 centenários, 2 faleceram antes da entrevista marcada, 2 não tinham capacidade de resposta e para 1 não foi obtida a autorização de um dos seus descendentes).

Participaram neste estudo 13 centenários (Tabela 4), sendo 12 do género feminino (92,3%) e 1 do género masculino (7,7%), com idades compreendidas entre os 99 e os 105 anos de idade, sendo a média das idades dos sujeitos de 101 anos (DP=1,58; moda e mediana= 100). São todos viúvos. Residem nos concelhos de Castelo Branco e de Figueira de Castelo Rodrigo. Dos 13 intervenientes, 5 eram analfabetos (38,4%), 1 frequentou o 1.º ano de escolaridade (7,7%), 1 efetuou o 3.º ano de escolaridade (7,7%), 4 completaram o 4.º ano de escolaridade (30,8%) e 2 responderam que não sabem quais as suas habilitações (15,4%).

Nenhum dos inquiridos vive de forma independente. A maioria dos inquiridos está institucionalizada, uma parte significativa integra o agregado familiar dos seus filhos. Beneficiam de cuidados formais 8 centenários, residentes em lares de idosos (61,5%), e 5 recebem os cuidados dos filhos (38,5%), 1 dos quais reside no seu próprio domicílio e 4 no domicílio do(a) filho(a) cuidador.

Apresentam elevados níveis de dificuldades sensoriais e de mobilidade. As capacidades sensoriais foram percebidas como Más, Aceitáveis, Boas e Muito Boas. 7 dos sujeitos avaliaram a sua visão como Má (53,8%), 5 como Aceitável (38,5%) e 1 como Boa (7,7%). Quanto à audição, 6 centenários classificaram-na como Aceitável (46,2%), 4 consideram-na Má (30,8%), 1 como Boa (7,7%) e 2 como Muito Boa (15,4%). Uma parte significativa dos inquiridos desloca-se com ajudas (bengala ou andarilho) (n=7, 53,8%), outra fração significativa, mas ligeiramente menor, é incapaz de se deslocar de forma autónoma (n=5, 38,5%) e apenas 1 pessoa se desloca sem uso de bengala ou andarilho (embora se apoie no mobiliário do domicílio) (n=1, 7,7%).

Não apresentam condições graves de saúde. As dificuldades sensoriais, nomeadamente, visuais e auditivas, são as mais prevalentes entre os participantes, afetando 76,9% (n=10) e 84,6% (n=11), respetivamente. Segue-se a incontinência apresentada por 5 sujeitos (38,5%), a hipertensão (n=3, 23,1%) e, menos significativamente, o cancro prostático, com diagnóstico aos 100 anos (n=1, 7,7%), a osteoporose (n=1, 7,7%) e a infeção urinária (n=1,7,7%).

Relativamente à pessoa mais próxima dos centenários participantes no estudo - o *proxy* - foi habitualmente um filho ou filha da pessoa centenária (n=7), mas também foi uma figura assumida por um genro (n=1), a esposa do neto (n=1), uma nora (n=1) e colaboradoras institucionais (n=3). Nestes quatro casos, apenas o primeiro era o cuidador principal e as restantes representaram os filhos dos centenários institucionalizados, que não puderam comparecer à entrevista, delegando o compromisso. O cuidador formal foi representado pelo diretor técnico da instituição (n=5) e, maioritariamente, por colaboradoras na categoria de ajudante de ação direta (n=3) a quem foi aplicado o protocolo do terceiro informante.

Tabela 4 - Síntese da caracterização dos participantes.

Caracterização da amostra		N	%
<b>Género</b>	Masculino	1	16,6%
	Feminino	12	83,3%
<b>Estado civil</b>	Viúvo	13	100%
<b>Escolaridade</b>	Não frequentou a escola	5	38,4%
	1 ano de escolaridade	1	7,7%
	3 anos de escolaridade	1	7,7%
	4 anos de escolaridade	4	30,8%
	Não sabe	2	15,4%
<b>Com quem vive</b>	Filho(a)	5	38,5%
	Instituição	8	61,5%
<b>Visão</b>	Excelente	0	0%
	Muito Boa	0	0%
	Boa	1	7,7%
	Aceitável	5	38,5%
	Má	7	53,8%
<b>Audição</b>	Excelente	0	0%
	Muito Boa	2	15,4%
	Boa	1	7,7%
	Aceitável	4	46,2%
	Má	6	30,8%
<b>Mobilidade</b>	Desloca-se de forma independente	1	7,7%
	Desloca-se com ajudas (bengala, andarilho)	7	53,8%
	É incapaz de se deslocar de forma autónoma	5	38,5%
<b>Problemas de saúde</b>	Dificuldades sensoriais: visão	10	76,9%
	Dificuldades sensoriais: audição	11	84,6%
	Incontinência urinária	5	38,5%
	Cancro	1	7,7%
	Hipertensão	3	23,1%
	Osteoporose	1	7,7%
	Infecção urinária	1	7,7%

### 5.2.3 Instrumentos

Os dados foram coletados através de uma entrevista para aplicação do protocolo construído, validado e desenvolvido no âmbito do consórcio internacional entre a Unidade de Formação e Investigação em Adultos e Idosos - UNIFAI-ICBAS, a Universidade de Heidelberg e a Universidade de Fordham, para o estudo *PT 100 - Centenários do Porto*.

Trata-se de um protocolo que fornece uma avaliação global do estado físico, cognitivo, emocional, funcional e social da pessoa centenária e não só. Permite, também, resgatar as suas experiências, as suas estratégias de *coping* e as suas conceções sobre a vida, o envelhecimento, o tempo e a morte.

O protocolo é constituído por quatro partes, apresentadas na tabela 5, e uma quinta a completar com as observações do investigador. A primeira é o **Protocolo Geral**, aplicado ao centenário e/ou ao *proxy*, parcialmente e/ou na totalidade, de acordo com a capacidade de resposta da pessoa idosa, integrando questões relativas às suas circunstâncias sociodemográficas, recursos financeiros, estado de saúde e outras informações relevantes uma caracterização global do principal entrevistado.

O segundo é o **Protocolo do Idoso**, elaborado para a aferição do desempenho cognitivo, da perceção do estado de saúde, da rede de suporte social, do estado emocional e controlo sobre a vida, entre outros elementos, e o respondente é o centenário. O terceiro é o **Protocolo do Proxy** (aplicado à pessoa que melhor conhece o centenário), incluindo questões que avaliam a experiência do cuidado, quando este é, também, um cuidador informal, a sua relação com o idoso e as suas expectativas quanto à própria velhice.

Quando reside numa instituição, o **Protocolo do Terceiro Informante** é aplicado a um colaborador, envolvido na prestação de cuidados à pessoa centenária. E, por fim, uma secção relativa à observação da presença ou da ausência da demência no principal inquirido, utilizando a **Escala Deterioração Global**, a preencher pelo entrevistador.

Para além dos protocolos de avaliação, foram utilizados outros documentos, como o Consentimento Informado, a Informação sobre o Estudo e o Registo de Contatos, efetuados no âmbito da recolha de dados.

**Tabela 5** - Organização temática do protocolo de avaliação, em uso no PT100 - Centenários da Beira Interior

Protocolo de avaliação			
Protocolo Geral	Protocolo do Idoso	Protocolo do Proxy	Protocolo do 3.º Informante
<b>1. Informação sociodemográfica</b> <b>2. Escolaridade e percurso profissional</b> <b>3. Recursos financeiros</b> <b>4. Longevidade</b> <b>5. Estado de saúde</b> <b>6. Funcionalidade</b> <b>7. Utilização de ajudas técnicas</b> <b>8. Estilos de vida (alimentação, álcool, tabaco e atividades)</b> <b>9. Personalidade</b> <b>10. Características individuais</b>	<b>1. Cognição</b> <b>2. Estado de saúde</b> 3. Rede de suporte social 4. Valoração de vida 5. Força de mão 6. Experiência de envelhecimento 7. Acontecimentos de vida e desafios 8. Como se tornar um centenário 9. Cuidados (in)formais 10. Marcha 11. Estado emocional e controlo sobre a vida 12. Perspetiva de tempo e objetivos 13. Atitudes sobre o fim da vida e morte <b>14. Qualidade de vida</b> 15. <i>Coping</i>	1. Informação sociodemográfica e contextual 2. Relação com o centenário 3. Experiência do cuidado <b>4. Qualidade de vida</b> 5. Características individuais e expectativas	1. Informação sociodemográfica e contextual 2. Centenário e instituição <b>3. Qualidade de vida</b>

Neste estudo, dada a sua temática e objetivos, foram utilizados quatro indicadores do protocolo utilizado no projecto PT 100 - Estudo dos Centenários da Beira Interior: sociodemográficos, funcionamento cognitivo, auto-avaliação da saúde e avaliação global da qualidade de vida.

#### **Informações sociodemográficas**

As informações foram obtidas através um conjunto de questões fechadas sobre a idade cronológica, o género, o estado civil, o nível de escolaridade, o local de residência e a identificação dos seus cuidadores.

#### **Mini-Mental State Examination**

O MMSE é um instrumento utilizado no rastreio da demência e de défices cognitivos, particularmente em idosos. Constatada a sua fiabilidade, é de fácil e rápida aplicação (Serra *et al.*, 2011) e, como tal, frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação. Concebido por Folstein, Folstein e Mchugh (1975), este teste foi aplicado em populações com demência, défices cognitivos e populações normativas, cujos resultados permitiram a

determinação de pontuações de corte, entre um desempenho normal e um desempenho que indicia um comprometimento cognitivo (Afonso, 2011).

Foi traduzido e validado para a língua e a cultura portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (1994). Para tal, avaliaram 250 indivíduos, com idades superiores a 50 anos e de diferentes níveis de escolaridade, 100 dos quais eram sujeitos normativos e 150 apresentavam um diagnóstico de patologias psiquiátricas, utilizando o instrumento a validar (MMSE). Para além da indicação de valores de corte, os resultados destacaram a influência significativa da escolaridade no desempenho do teste, pelo que os autores sugeriram a definição de diferentes pontuações de corte, em função do nível de escolaridade do participante (Afonso, 2011).

Assim, os valores de corte atualmente definidos para o MMSE são, para analfabetos, 15 (em que um valor menor ou igual obtido sugere a presença de defeito cognitivo), para sujeitos com 1 a 11 anos de escolaridade o valor é de 22, e com escolaridade superior a 11 anos, o valor de 27, de 30 (pontuação máxima). É constituído por 30 itens concebidos para a avaliação da orientação espaço - temporal, da memória imediata, da atenção, da concentração, do cálculo, da nomação, da execução de instruções verbais, orais e escritas. Para além de avaliar estas dimensões, inclui a redação de uma frase espontânea e a reprodução de uma figura geométrica.

### **Auto-avaliação da Saúde**

A auto-avaliação da saúde é uma medida amplamente utilizada em estudos com pessoas idosas e constitui, de acordo com os resultados de pesquisas anteriores, um dos melhores preditores de saúde funcional e de mortalidade (Quinn *et al.*, 1999, Idler & Benyamini, 1997, Lee, 2000, Liu & Zhang, 2004, *cit. in* Poon *et al.*, 2010). Este indicador avalia globalmente o impacto do estado de saúde objetivo atual, bem como a presença ou inexistência de recursos que podem influenciar o declínio funcional (Poon *et al.*, 2010).

A perceção individual do estado de saúde foi medida, neste estudo, através da questão: *De uma forma geral, como avalia a sua saúde?* A resposta implicou a eleição entre as opções de uma escala tipo Likert (1- Má; 2- Aceitável; 3-Boa; 4- Muito Boa; 5- Excelente; 88- Não Sabe; 99- Não responde), pelo centenário, da que melhor qualifica o seu estado de saúde subjetivo.

### **Avaliação subjetiva da qualidade de vida**

A aferição da qualidade de vida foi feita através de uma questão aberta: “O que é para si ter QdV / viver bem com esta idade?” e a questão “Tendo em conta estes fatores, como diria que é a sua QdV, neste momento?”, cuja resposta envolveu o posicionamento numa escala

tipo Likert, elegendo uma das opções: 1- Má; 2- Aceitável; 3-Boa; 4- Muito Boa; 5- Excelente; 88- Não Sabe; 99- Não responde.

A avaliação da qualidade de vida do centenário da Beira Interior também foi analisada a partir da perspetiva dos restantes intervenientes, mediante a formulação de uma questão ao seu cuidador informal e a um cuidador formal (quando o idoso se encontra a residir numa estrutura residencial para idosos).

## 5.2.4 Procedimentos

Esta dissertação está integrada no Projeto *PT100 - Centenários da Beira Interior*. Trata-se de um projeto satélite do *PT 100 - Centenários do Porto*, um estudo 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.

A metodologia usada neste estudo foi semelhante à adotada no *PT 100 - Centenários do Porto*. Foi usado o mesmo protocolo e houve formação / reuniões de equipa sobre a sua aplicação e que garantiram procedimentos semelhantes nos dois estudos. De notar que a equipa do *PT 100- Centenários de Porto* se encontra, por sua vez, também em consonância a nível metodológico com os restantes investigadores das equipas das universidades estrangeiras implicadas no consórcio.

O processo de constituição da amostra do PT 100 Centenários da Beira Interior, iniciou-se com a consulta dos censos de 2011, que indicou a existência de 1526 centenários, em Portugal, dos quais 100 residiam na Beira Interior (Beira Interior Norte n=42; Beira Interior Sul n=28; Cova da Beira n= 23; Serra da Estrela n=7), 21 do género masculino (Beira Interior Norte n=7; Beira Interior Sul n=7; Cova da Beira n=5; Serra da Estrela n=2) e 79 do género feminino (Beira Interior Norte n=35; Beira Interior Sul n=21; Cova da Beira n=18; Serra da Estrela n=5).

Seguiu-se a localização e identificação dos participantes através do contacto com instituições e entidades. Foram feitos contactos por correio electrónico, telefone e/ou presencialmente, dirigidos às juntas de freguesia, aos centros de saúde e às instituições com oferta de serviços específicos para as pessoas idosas, nas localidades. Quando necessário, foram contactadas outras entidades com algum destaque social, tal como as associações de moradores, culturais ou religiosas, os párocos das igrejas, a associação de bombeiros, as farmácias e habitantes.

Localizados os potenciais participantes, contactámos pessoalmente os cuidadores (formais ou informais) para lhes apresentar o projecto PT 100 - Centenários da Beira Interior e as suas

finalidades, convidando-os e esclarecendo as condições da sua participação, garantido o consentimento informado.

As entrevistas foram realizadas no local de residência da pessoa centenária ou instituição, em dois ou mais momentos, com a duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos, cada um, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Procurou-se, sempre que possível, que estas decorressem num ambiente de privacidade e adaptar o discurso dos investigadores às características idiossincráticas dos intervenientes, de forma a favorecer a compreensão, abertura e o discurso da pessoa inquirida. As entrevistas foram registadas em vídeo (após o consentimento dos participantes).

Após as entrevistas, procedeu-se à análise das gravações, vídeo e áudio, e ao preenchimento dos protocolos. Posteriormente, fez-se a análise dos resultados relativos às variáveis analisadas e discutidas no âmbito desta dissertação. A tabela 6 apresenta as várias fases e procedimentos utilizados no estudo.

**Tabela 6** - Fases e procedimentos do “A longevidade excepcional: Estudo sobre a qualidade de vida das pessoas centenárias da Beira Interior”

#### Fases e procedimentos do estudo

1	Pesquisa e leitura de fontes bibliográficas.
2	Parceria e reunião/formação com a equipa do projeto <i>PT100 - Estudo dos Centenários do Porto</i> (UNIFAI). Treino na aplicação e preenchimento dos protocolos.
3	Preparação do protocolo e materiais para recolha de dados para o projeto <i>PT 100 - Estudo dos Centenários da Beira Interior</i> .
4	Definição de áreas geográficas para aplicação dos protocolos.
5	Localização e identificação dos centenários, contactando entidades da área geográfica (e.g., juntas de freguesias, centros de saúde, instituições com serviços destinados a idosos e outras entidades com destaque social).
6	Contato com os cuidadores formais, informais e centenários, para a apresentação do estudo e das suas finalidades, convite e esclarecimento das condições de participação e da entrevista (confidencialidade, privacidade, gravação em áudio e vídeo, temas a abordar).
7	Realização das entrevistas (centenário, <i>proxy</i> e terceiro informante), em dois ou mais momentos, com a duração de 45 minutos a 1 hora e 30 minutos.
8	Análise das gravações e preenchimento dos protocolos.
9	Seleção dos indicadores a incluir no estudo “Longevidade excepcional: Estudo sobre a QdV das pessoas centenárias da Beira Interior.”
10	Tratamento e análise dos dados recolhidos.

### 5.2.5 Análise de dados

Os dados em análise, neste estudo, incluem o desempenho cognitivo, considerando a pontuação obtida no MMSE; a avaliação subjetiva da saúde e da QdV global do centenário, posicionando a sua apreciação numa escala de tipo Likert, em excelente, muito boa, boa, aceitável, má, não sabe ou não responde; os fatores determinantes de QdV mais valorizados pelos centenários, através da interpretação das respostas dadas a uma questão aberta.

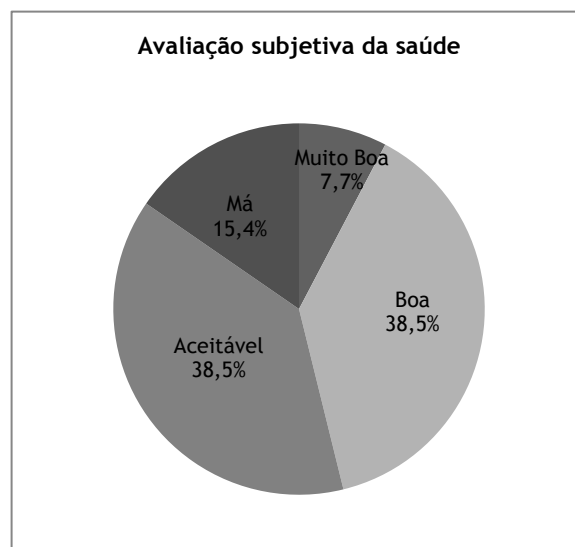
Para os dados quantitativos, resultantes da aplicação da escala MMSE e/ou perguntas de resposta tipo Likert, foi feito um tratamento quantitativo, baseado na análise das frequências de resposta e percentagens. Relativamente à questão aberta, foi feita uma transcrição de todas as respostas, definidas as categorias e calculada a frequência com que foram indicadas, pelos participantes.

## 6 Resultados

Relativamente à avaliação da percepção da saúde, os centenários participantes neste estudo fazem uma avaliação maioritariamente positiva: 5 consideram a sua saúde “Boa” (38,5%), 5 avaliam-na como “Aceitável” (38,5%), 1 dos participantes percebe-a como “Muito Boa” (7,7%) e os restantes de “Má” (15,4%) (Tabela 7 e Gráfico 3).

**Tabela 7** - Frequência das respostas da avaliação subjectiva da saúde

De uma forma geral como avalia a sua saúde?	N	%
Excelente	0	0%
Muito Boa	1	7,7%
Boa	5	38,5%
Aceitável	5	38,5%
Má	2	15,4%
NS/NR	0	0%
Total de respondentes	13	100%



**Gráfico 3** - Percentagens, por tipo de resposta, da avaliação subjectiva da saúde do centenário

Quanto à avaliação do desempenho cognitivo das pessoas centenárias participantes no estudo, de acordo com a pontuação obtida no MMSE e tendo em consideração os níveis de escolaridade para a classificação dos resultados, constatámos que mais de metade da amostra parece apresentar comprometimento cognitivo 61,5% (n=8). Os resultados sugerem que 38,5% (n=5) dos centenários não têm comprometimento cognitivo. A Tabela 8 e o Gráfico 4 apresentam os resultados obtidos, relativos ao desempenho cognitivo, através da aplicação do MMSE aos participantes.

Tabela 8 - Resultados obtidos com o MMSE (n=13)

Resultados do MMSE			
Participantes	Pontuação MMSE	Escolaridade	Resultado
P1	14	0 anos	Com comprometimento cognitivo
P2	12	0 anos	Com comprometimento cognitivo
P3	16	0 anos	Sem comprometimento cognitivo
P4	24	1 ano	Sem comprometimento cognitivo
P5	19	0 anos	Sem comprometimento cognitivo
P6	18	4 anos	Com comprometimento cognitivo
P7	0	4 anos	Com comprometimento cognitivo
P8	10	Não sabe	Com comprometimento cognitivo
P9	16	0 anos	Sem comprometimento cognitivo
P10	25	3 anos	Sem comprometimento cognitivo
P11	8	Não sabe	Com comprometimento cognitivo
P12	15	4 anos	Com comprometimento cognitivo
P13	19	4 anos	Com comprometimento cognitivo

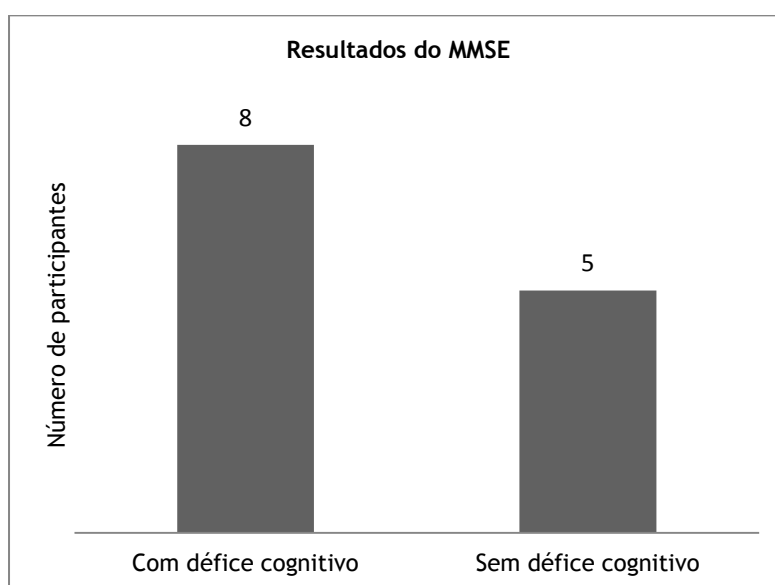


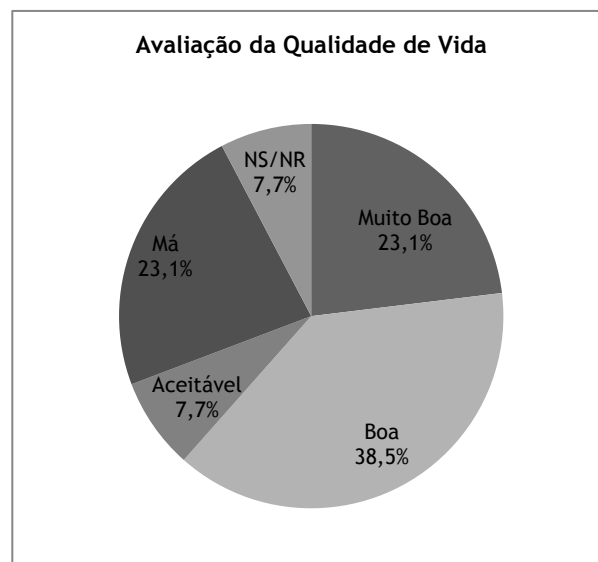
Gráfico 4 - Resultados da aplicação do MMSE (n= 13).

Relativamente à apreciação da qualidade de vida, a maioria dos centenários participantes neste estudo consideraram a sua QdV positiva (69,2%, n=9). 5 participantes (38,5%) avaliaram a sua qualidade de vida como “Boa”, 3 participantes (23,1%) consideraram-na “Muito Boa”,

outros 3 (23,1%) percecionáram-na como “Má”. 1 participante (7,7%) classificou-a como “Aceitável” e outro (7,7%) respondeu “Não sabe”” (Tabela 9 e Gráfico 5).

**Tabela 9-** Frequência das respostas da avaliação subjectiva da qualidade de vida.

Avaliação subjetiva da QdV da pessoa idosa, pela própria	N	%
Excelente	0	0%
Muito Boa	3	23,1%
Boa	5	38,5%
Aceitável	1	7,7%
Má	3	23,1%
NS/NR	1	7,7%
Total de respondentes	13	100%



**Gráfico 5 -** Percentagens, por tipo de resposta, da avaliação subjetiva da QdV do centenário.

Foi, também, pedido ao proxy e ao terceiro informante que avaliassem a qualidade de vida da pessoa centenária. A apreciação do proxy, quanto à QdV da pessoa centenária, assumiu sempre qualificações positivas entre “Aceitável” por 1 participante (7,7%), “Boa” por 6 participantes (46,2%), “Muito Boa” por 4 participantes (30,8%) e “Excelente” por 2 participantes (15,4%).

A avaliação do terceiro informante, quanto à QdV da pessoa centenária institucionalizada, variou entre “Boa” por 2 participantes (25%), “Muito Boa” por 5 participantes (62,5%) e “Excelente” por 1 participante (12,5%). Quando não foi concordante com a opinião do proxy, foi aumentado o grau de qualidade percecionado, em 2 casos (P1 e P6) pelo representante do serviço intitucional utilizado pelo centenário.

Analisando comparativamente a avaliação da qualidade de vida feita pela própria pessoa centenária e pelo proxy, constatou-se concordância entre as mesmas, correspondendo a cerca de 1/3 dos participantes (P1, P3, P6 e P8). Observaram-se, no entanto, também discordâncias entre a avaliação da qualidade de vida feita pelos centenários e a realizada pelo proxy. Em 5 casos, a avaliação feita pelo proxy foi superior, elevada em um nível (P2, P4, P10, P11 e P13). Em 2 casos (P9 e P12) a apreciação do centenário, sobre a sua QdV, foi superior à realizada pelo proxy.

Surgiram três casos de divergentes (P2, P5 e P10) em que foi feita uma avaliação subjetiva negativa pelo centenário e uma avaliação positiva do *proxy*. No caso P5, a avaliação situou-se em ambos os extremos da escala utilizada (centenário = “Má” vs. *proxy* = “Excelente”). A tabela 10 sintetiza o conjunto das aferições sobre a QdV do centenário, feitas pelos intervenientes.

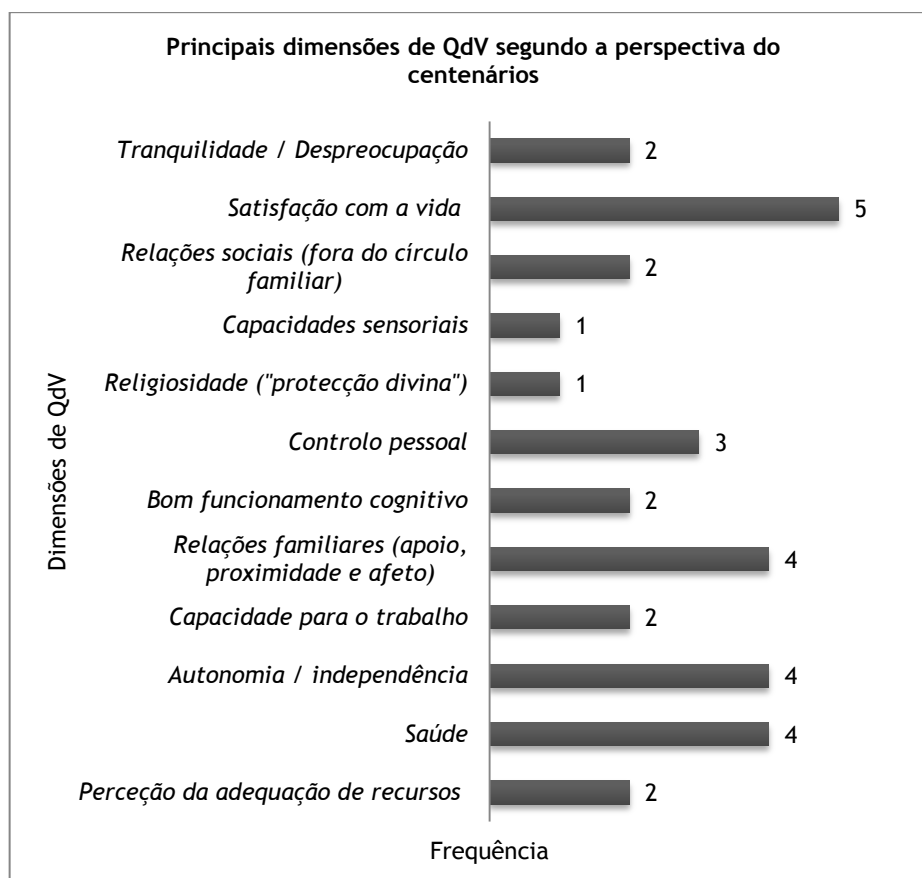
**Tabela 10** - Avaliação da QdV do idoso, segundo a perspetiva do *proxy*, do terceiro informante e do centenário

Avaliação da QdV das pessoas centenárias, segundo a perspetiva dos intervenientes			
Participantes	Apreciação do Centenário	Apreciação do <i>proxy</i>	Avaliação do Terceiro Informante
P1	<i>Boa</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito Boa</i>
P2	<i>Má</i>	<i>Boa</i>	<i>Boa</i>
P3	<i>Muito Boa</i>	<i>Muito Boa</i>	<i>Muito Boa</i>
P4	<i>Boa</i>	<i>Muito Boa</i>	
P5	<i>Má</i>	<i>Excelente</i>	
P6	<i>Boa</i>	<i>Boa</i>	<i>Muito Boa</i>
P7	<i>NS</i>	<i>Boa</i>	
P8	<i>Boa</i>	<i>Boa</i>	<i>Boa</i>
P9	<i>Muito Boa</i>	<i>Boa</i>	
P10	<i>Má</i>	<i>Muito Boa</i>	<i>Muito Boa</i>
P11	<i>Boa</i>	<i>Muito Boa</i>	<i>Muito Boa</i>
P12	<i>Muito Boa</i>	<i>Aceitável</i>	
P13	<i>Aceitável</i>	<i>Excelente</i>	<i>Excelente</i>

Quanto aos centenários que residem em contexto institucional (n=8), a maioria (n=6) avaliou a sua QdV de forma positiva, como “Muito Boa” (n=1), “Boa” (n=4) e “Aceitável” (n=1). Os sujeitos institucionalizados, não incluídos no grupo anterior (n=2), classificaram a sua QdV de “Má”. A maioria dos centenários, residentes no próprio ou no domicílio de familiares (n=5), também avaliaram a sua QdV como “Boa”(n=1) e “Muito Boa”(n=2). Dos restantes participantes, um não soube responder à questão e o outro fez uma apreciação negativa da sua QdV.

Para a avaliação dos fatores relacionados com a qualidade de vida, referidos e valorizados pelas pessoas centenárias participantes neste estudo, foram analisadas as respostas dadas à pergunta “(...) o que é para si ter QdV /viver bem com esta idade?”. A seguir, foram organizadas categorias de resposta, por indicadores de QdV, e registada a sua frequência no discurso do idoso, na resposta à questão colocada. Não responderam a esta questão 4 idosos.

Apresenta-se, no Gráfico 6, os indicadores identificados, pelos inquiridos, como determinantes da sua qualidade de vida.



**Gráfico 6** - Frequência com que foi referida cada dimensão de QdV.

Os fatores necessários para uma vida com qualidade, aos 100 anos, segundo a perspectiva dos inquiridos são:

1. A satisfação com a vida é o determinante de QdV mais referido pelos participantes (b=5);
2. A autonomia, a saúde e as relações familiares securizantes também foram destacadas pelos sujeitos (b=4);
3. O controlo pessoal é o terceiro mais mencionado (b=3);
4. As relações sociais satisfatórias, fora do círculo familiar, um adequado funcionamento cognitivo, a capacidade para o trabalho, a perceção da adequação de recursos internos e externos e a tranquilidade / despreocupação foram indicadores da sua QdV, cada um deles declarados por 2 inquiridos.
5. As capacidades sensoriais e a religiosidade mencionadas, cada uma, apenas por 1 participante, pareceram ser indicadores imprescindíveis à sua QdV (cf. Anexo B).



## 7 Discussão de resultados e conclusões

Serão discutidos, neste capítulo final, os resultados, tecidas as principais conclusões e destacadas as potencialidades da pesquisa, bem como as limitações que importam considerar na leitura dos resultados apresentados.

Relativamente ao objectivo central deste trabalho, a avaliação da QdV subjetiva, os resultados indicam que a grande maioria das pessoas centenárias que participaram no estudo, 9 dos 13 participantes fazem uma apreciação muito positiva das suas vidas, conferindo-lhe uma qualidade “Aceitável” (n=1), “Boa” (n=5) e “Muito Boa” (n=3). Apenas 3 participantes a consideraram “Má”. Estes dados corroboram os resultados de McCormack (2002) e Richmond (2011) que obtiveram avaliações centenárias maioritariamente na ordem de “Boa” e “Muito Boa”. Sugerem, assim, que este grupo, apesar das fragilidades e perdas que possa apresentar, ao nível do funcionamento físico e cognitivo, é capaz de fazer uma apreciação muito positiva da sua QdV, o que pode ser indiciador de uma boa capacidade de adaptativa às alterações normais e a eventuais desafios, dificuldades ou adversidades que possam ter ocorrido no decorrer das suas longas vidas.

A avaliação da QdV global foi solicitada num número reduzido de estudos com centenários. Porém, vários autores investigaram os indicadores psicossociais relacionados com a QdV. Por exemplo, o estudo de Darviri *et al.* (2009) que abordou as estratégias de socialização, de *coping* e de resolução de conflitos empreendidas pelos centenários gregos (Darviri *et al.*, 2009); a pesquisa de Zeng e Shen (2010) sobre a resiliência, usando uma amostra do *Chinese Longitudinal Health and Longevity Survey* (CLHLS); o de Dello Buono (1998, *cit. in Serra et al.*, 2011) que investigou sobre a religiosidade, numa amostra centenária italiana; o estudo de Hutnik *et al.*, (2012) que focou os aspectos socioemocionais relacionados com o bem-estar, como as fontes de apoio, o acoplamento à vida e as atitudes perante a vida e a morte; e Martin (2006, *cit. in Poon et al.*, 2010) que estudou a personalidade dos centenários do *Georgia Centenarian Study*.

Nas entrevistas realizadas para a recolha de dados, foram observadas algumas características nos centenários coincidentes com as evidências provenientes dos estudos referidos e de outros. Esta tendência para avaliar a qualidade de vida positivamente pode estar relacionada, nesta amostra, com vários fatores:

- Características de personalidade, como a extroversão (P3-centenário: “*sou um amigalhaço*”; P6-centenário: “*somos todos iguais*”) e a atitude optimista e descontraída perante a vida (P6-proxy: “*não se ralava por tudo e por nada, não era de aborrecimentos e de preocupações*”; P1-terceiro informante: “*está sempre tudo bem para ela*”; P6-centenário: “*não tenho queixas a dar de ninguém*”; P3-

centenário: “*o que eu sei, sei, o que não sei, não sei*” [referindo-se à escolaridade]) destacadas também nos estudos de New England e de Darviri *et al.* (2009) e também por muitos elementos desta amostra.

- Preservação da identidade: (P3-proxy - “(...) *é uma pessoa exemplar, educada e simples... que continua a mostrar o que tem sido até aqui*”), manifesta pela maioria dos entrevistados.
- Rede social satisfatória, intergeracionalidade (P6-terceiro informante: “*é uma senhora muito comunicativa, fala com toda a gente e as pessoas têm muito carinho por ela.*”). Esta característica foi evidente em dois participantes institucionalizados, que beneficiaram com os novos contatos e a interação social, proporcionados pela institucionalização. Para um dos proxy’s (P3), a institucionalização proporcionou a manutenção da QdV do participante, numa altura em que estavam a surgir os primeiros problemas de saúde. Esta ideia é corroborada pela perspectiva de Bowers *et al.* (2011) e Keller-Cohen *et al.* (2006) que destacam as potencialidades da institucionalização quanto à promoção dos relacionamentos sociais e dos seus benefícios (Serra *et al.*, 2011).
- Elevado sentimento de controlo pessoal e auto-eficácia (P3-centenário: [aos 100 anos] “(...) *tinha lá uma horta que até tremia*” [bem cultivada]); P6-centenário: “*isso são contas fáceis de fazer... pode perguntar essas coisas das tabuadas que eu respondo-lhe a tudo*”) bem salientes no discurso dos entrevistados e, na literatura, no estudo de Darviri *et al.* (2009).
- Religiosidade, bem presente nesta amostra, tal como no estudo italiano de Dello Buono (1998), que evidenciou um nível alto de religiosidade entre os participantes. Esta dimensão é documentada como um indicador que influencia a ativação de mecanismos de *coping* e a satisfação com a vida, sendo maior nas populações centenárias, quando comparadas com outras mais jovens. Algumas participantes neste estudo, exibem, com orgulho, uma coleção de terços e têm um considerável reportório de orações prontas a usar, sempre que surge a oportunidade. Para uma delas, tudo o que lhe acontece é “*porque Deus quer*” e “*porque Deus é que sabe* (P4-centenário).”
- Perceção de uma rede familiar adequada (P6-centenário: “*ah.. filha és a coisa melhor que tenho*”; P5-centenário: “*nem sei se é meu genro ou meu filho*”, uma centenária elogiando o cuidador informal) igualmente demonstrada no estudo de Hutnik, Smith, & Koch (2012).
- Perceção de adequação de recursos (P1-centenário: “*Tudo o que preciso tenho*”) observada em vários participantes. Estes resultados corroboram também outros estudos como o de Koch, Power e Kralik (2005, *cit. in* Hutnik *et al.*, 2012) que destacam este indicador como um fator de proteção e um determinante de longevidade e de qualidade de vida, na velhice.

- Adaptação à perda (P1-proxy: “*Só andava bem de festa em festa (...) nesta ocasião [viuvez, a viver só] é que ficou disponível*”), também apresentada pela maioria dos participantes dos estudos de Heidelberg, na Alemanha, e de Zeng e Shen (2010), na China.
- Satisfação com a vida e bem-estar, o critério determinante de QdV mais referido pelos centenários deste estudo e manifestadas nos discursos dos participantes nos estudos de Darviri *et al.* (2009) e Hutnik *et al.* (2012). A satisfação com a vida, observada nestes sujeitos, representa para os autores o que Erickson (1968) e Papadoulos *et al.* (2011) designaram por Integridade do Ego ou Integridade do *Self*, respetivamente.

Quanto aos 3 casos que fazem uma avaliação negativa da sua QdV, os mesmos podem estar relacionados com acontecimentos negativos que tenham ocorrido há pouco tempo (por exemplo, tinha falecido a pessoa mais próxima de uma das participante há relativamente pouco tempo). A avaliação mais negativa pode, também, estar relacionada com a presença de depressão ou de visão sobre a vida, como não tendo mais sentido. Participantes do estudo de Hedburg *et al.* (2009, *cit. in Serra et al.* 2011) e duas centenárias neste estudo (P2 e P5) declararam que a sua vida não tinham propósito, uma delas ilustra este sentimento com uma rima que declama com frequência: “*ó morte tirana... quem há-de levar, não levas e quem há-de deixar não deixas*” (P5-centenário).

Relativamente à comparação das avaliações da QdV feitas pelos centenários, *proxy's* e terceiros informantes, salientou-se uma apreciação muito positiva da QdV dos centenários feita pelos seus *proxy's* e pelos terceiros informantes. As qualificações do primeiro situaram-se entre o Aceitável (1, de 13) e o Excelente (2, de 13) mas a maioria destes inquiridos situou a sua avaliação como Boa (6, de 13) e Muito Boa (4, de 13), na escala utilizada. Quando a avaliação do proxy não coincidia com a do centenário (em 4 casos) era superior (em 5 casos). Esta evidência é oposta aos resultados do estudo de Lapin e colegas (2011, *cit. in Serra et al.*, 2011), no qual a QdV foi avaliada em níveis mais elevados pela pessoa centenária, comparativamente ao respetivo *proxy*.

Este resultado divergente poderá estar relacionado com os seguintes fatores: a avaliação baseada em critérios objetivos (P1-proxy: “*está confortável*” [na instituição onde reside]), sentimento de dever cumprido do avaliador (P5-proxy: “*Dou-lhe o melhor possível. Não se faz mais porque não se pode. Não há mesmo mais nada para fazer. Faço até ao limite*”), questões relacionadas com a sobreproteção (P8-centenário: [referindo-se à QdV:] “*não faço nada... comer, dormir...*”; P11-centenário: “*tenho uma filha que pensa primeiro em mim*”, o que poderá sugerir alguma sobrecarga no cuidador, que é habitualmente considerada positiva pelo próprio porque “*alivia*” a pessoa cuidada, de esforços e preocupações), *feedback* positivo

da parte do centenário (e.g., o proxy, filho de um participante, apoiou a decisão do idoso em permanecer na instituição onde reside, recusando a oportunidade de ser admitido numa instituição da sua terra natal, pois dizia sentir-se “*feliz e muito estimado*” (P1) na atual residência).

A avaliação do terceiro informante, exclusivamente positiva, adquiriu as qualificações de Boa (2 de 8 inquiridos), Muito Boa (5 de 8 inquiridos) e Excelente (1 de 8 inquiridos). Nesta avaliação poderá ter sido influenciada pelos factores mencionados anteriormente pelo *proxy* mas também por outros relacionados pelas relações, contextos e representações do cuidado formal.

A apreciação positiva pode dever-se, por exemplo, ao fato destes idosos terem um “estatuto” mais especial, que lhes confere alguma notoriedade e alguma promoção, destacada, habitualmente, nos meios de comunicação social locais, na ocasião do 100.º aniversário e posteriores (P1-terceiro informante: “*é uma alegria, nem todos os centros têm uma pessoa assim*”), por terem características de personalidade que lhes permitem criar e manter relações próximas com colaboradores, visitantes e pares (P6-terceiro informante: “*É uma pessoa que agradece o bem que lhe fazem. A gente está a arranjar-la e ela diz: «és tão boa para mim!»*”; P1-terceiro informante: “*ela é tratada como os outros, mas está sempre com as suas gracinhas, chama muito a nossa atenção, ela puxa também por nós*”) ou ainda encontrarem, nesta oportunidade, uma forma de promover a instituição, afastando problemas relacionados da qualidade dos serviços que lhes são frequentemente atribuídos.

Quanto aos critérios referidos, pelos centenários, como sendo determinantes da sua qualidade de vida podem destacar-se, devido à sua frequência mais elevada: a satisfação com a vida (n=5), a autonomia, a saúde e a qualidade das relações familiares (n=4, cada uma) e o controlo pessoal (n=3). Os resultados deste estudo vão de encontro aos encontrados na literatura revista, provenientes de diversos estudos internacionais, como o de Walker (2005), Cartensen (1995) e Koch, Power e Kralik (2005, *cit. in* Hutnick *et al.*, 2012). Os fatores determinantes na avaliação da QdV da pessoa muito idosa são a saúde física, a autonomia e a funcionalidade física e cognitiva (este último indicador foi referido por alguns participantes, mas com menor frequência), de acordo com a perspectiva de Walker (2005). Serra *et al.* (2011) destacaram a autonomia e o controlo pessoal. Outros autores destacaram a existência e a perceção de uma rede de apoio social adequada e empenhada (Cartensen, 1995, Koch, Power e Kralik, 2005, *cit. in* Hutnick *et al.*, 2012).

Relativamente à autoperceção da saúde, a maioria dos centenários avaliou a sua saúde de forma muito positiva (84,5%). Destes, 38,5% avaliou-a como “Boa” e 7,7% como “Muito Boa.” Estes resultados são semelhantes aos obtidos nos estudos de Kropf & Pugh (1995), Liu & Zhang

( 2004), Yi e Vaupel (2002) e de Poon *et al.* (2010) que revelaram que apesar de alguns centenários viverem com os efeitos debilitantes de algumas doenças associadas ao avanço da idade e/ou com uma maior fragilidade física, avaliam-na, no entanto, como “boa”, “muito boa ou “excelente” (Serra *et al.*, 2011; Poon *et al.*, 2010). Na amostra centenária de Yi e Vaupel (2002) e na de Poon *et al.* (2010), por exemplo, 54,4% (*China Longitudinal Health and Longevity Survey*) e 52,7 % (*Georgia Centenarian Study*), respetivamente, avaliam a sua saúde como “boa”.

Efetivamente, estamos perante um conjunto de indivíduos com uma saúde física relativamente preservada. Não existem indicações de doenças graves e incapacitantes nesta amostra. O cancro afeta 1 sujeito, e foi diagnosticado aos 100 anos, a incontinência urinária afeta 5 participantes e a hipertensão 3. A prevalência de défices sensoriais é mais preocupante: 10, de 13 sujeitos, têm dificuldades ao nível da visão e 11, de 13, têm uma perda auditiva acentuada. Em termos de mobilidade, 5 dos 13 participantes são incapazes de se deslocar de forma autónoma e a maioria (n=7) desloca-se, apoiando-se em ajudas técnicas, como a bengala e o andarilho. Apenas 1 sujeito se desloca de forma independente. Os participantes dos estudos japoneses, norte-americanos (*Georgia Centenarian Study* e *New England Centenarian Study*), italiano, dinamarquês e britânico pareciam apresentar idênticos resultados para a saúde física. Outros estudos internacionais revelam semelhante prevalência de dificuldades sensoriais (Estudo de Hutnik *et al.*, 2012) e funcionais (*China Longitudinal Healthy and Longevity Survey*, *SWEOLD - Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old*).

Estes resultados, relativos à saúde física podem estar relacionados com o facto de a QdV ser de uma forma global avaliada como positiva, uma vez que a saúde constitui um importante determinante de bem-estar e qualidade de vida (Buono *et al.*, 1998 cit. in Poon *et al.*, 2010). A auto-percepção da saúde é, para alguns autores, o melhor indicador de saúde global (Idler *et al.*, cit. in Poon, 2010), que avalia não só o impacto das condições objetivas de saúde mas também a presença ou a ausência de recursos que podem influir no declínio funcional (Poon *et al.*, 2010). Podemos, assim, considerar uma provável disponibilidade de recursos internos ou externos, nos participantes, que lhes permitem gerir eventuais perdas na sua saúde objetiva.

Outra dimensão relacionada com a QdV é o funcionamento cognitivo. Constatou-se uma diversidade de resultados neste indicador, desde indivíduos com uma pontuação 0 a indivíduos com uma pontuação de 25, obtidos no MMSE. Estes sugerem que 38,5 % da amostra (n=5) não apresenta défice e 61,5% (n=7), pelo contrário, tem o seu funcionamento cognitivo comprometido. Estes resultados situam-se no intervalo proposto por Calvert *et al.* (2006, cit. in Serra *et al.*, 2011), para a probabilidade do centenário não apresentar demência, entre os

0% e os 50%. No *Georgia Centenarian Study*, a proporção de participantes que apresentaram défice cognitivo correspondeu a 57 %, um valor aproximado ao apresentado nesta amostra.

Foram observadas também diferenças entre os residentes institucionais e os participantes a residir no domicílio. Dos 8 sujeitos institucionalizados, 6 tinham pareciam apresentar declínio cognitivo, de acordo com o MMSE. Enquanto que dos 5 participantes, residentes na comunidade, apenas 2 apresentavam défice cognitivo. Estas evidências podem, contudo, ter sido influenciadas pelas seguintes circunstâncias: limitações sensoriais (e.g., alguns centenários entrevistados não fizeram a cópia das figuras geométricas devido às acentuadas dificuldades na visão), compreensão do propósito das questões (e.g, uma participante recusou a dobragem do papel, para não o estragar e porque este não lhe pertencia), dificuldades inerentes ao contexto onde vivem (instituição vs. domicílio) ou até relacionadas com a forma de vida e os interesses da pessoa inquirida. Os residentes institucionais tiveram mais dificuldade nas respostas de orientação temporal, que poderá ser explicada pelas características atuais de muitas instituições onde não é requerido ao idoso o uso de tal faculdade. No entanto alguns consideram o ciclo do tempo (e.g., uma centenária, quando questionada sobre o dia da semana ou a estação do ano, não procurou identificá-las mas reconhece o ciclo do tempo “*é uma coisa atrás da outra, começa um depois outro, anda à roda*” e quando questionada sobre a data respondeu: “*eu não me importo, isso é tudo o mesmo (...)* 2.<sup>a</sup> feira vamos à feira, 3.<sup>a</sup> feira vamos à feira, 4.<sup>a</sup> feira vamos à feira, 5.<sup>a</sup> feira vamos à feira, 6.<sup>a</sup> feira vamos à feira, *passamos toda a semana feira*”, expressando algum sentido de humor). A mesma centenária parecia não interessar-se pelo nome do país ou do concelho, passou a vida na sua quinta e na sua terra.

Este trabalho permitiu avaliar a percepção de QdV e de saúde das pessoas centenárias residentes em Castelo Branco e em Figueira de Castelo Rodrigo e os resultados apresentaram-se muito satisfatórios, quanto a estes indicadores. Contudo, estes sujeitos tem grandes dificuldades visuais e auditivas e de mobilidade. É provável que, apoiados com adequadas ajudas técnicas que melhorem a sua visão e a sua audição, possam melhorar também a sua qualidade de vida e, por consequência, resultar em apreciações em níveis mais elevados da sua QdV e saúde.

### **Potencialidades, limitações e recomendações para pesquisas futuras**

O carácter inovador da pesquisa, o uso de instrumentos de avaliação, concebidos para uma avaliação global da pessoa centenária, os resultados integradores proporcionados por uma avaliação subjetiva, e a forte adesão ao estudo, pelos intervenientes, constituem as principais potencialidades do estudo.

A pesquisa efetuada está integrada num projeto pioneiro em Portugal, o *PT 100 Estudo dos Centenários da Beira Interior*, um estudo inovador que, através de uma amostra populacional de centenários, visa contribuir para o conhecimento sobre os processos de envelhecimento, os preditores de longevidade e da qualidade de vida das pessoas mais longevas. O estudo sobre a QdV das pessoas centenárias da Beira Interior constituiu um ponto de partida para investigações mais profundas sobre os determinantes implicados no bem-estar e QdV das pessoas centenárias, em particular, nas portuguesas. Os resultados demonstraram o peso de alguns indicadores na avaliação subjetiva de qualidade de vida dos participantes. Os estudos posteriores, que se sugerem de diversos formatos (qualitativos e quantitativos), deverão examiná-los detalhadamente, bem como as suas relações com outras variáveis de cariz sociodemográfico, psicossocial e de saúde e estas com a auto-avaliação da QdV.

Os instrumentos de avaliação utilizados, de caráter multidisciplinar, permitem uma abordagem empírica sobre o universo da população centenária, a partir de várias áreas científicas, para um conhecimento integral da pessoa muito idosa. Com um elevado nível de confiabilidade reconhecido (e.g., MMSE), as medidas avaliam a maioria dos indicadores que a investigação internacional já demonstrara como determinantes de QdV, nestas idades, cumprindo as recomendações da OMS para a mensuração do construto em idosos. Por outro lado, permitem a comparação dos resultados entre três países e, internamente, entre uma população do litoral e citadina e uma população do interior maioritariamente rural.

Esta pesquisa, usufruindo dos benefícios da amplitude de uma avaliação subjetiva, examinou os níveis de QdV percebida em alguns centenários, desta região, e realçou os critérios dessa avaliação. A satisfação com a vida, a autonomia, as relações familiares securizantes e a saúde, revelaram ser aspetos importantes a promover e a estimular no trabalho com populações mais idosas, para uma vida tardia mais satisfatória e prazerosa.

Ultrapassada a não inclusão ou uma presença reduzida na pesquisa anterior sobre o envelhecimento e a longevidade, os resultados da pesquisa internacional revelaram que é um grupo com características especiais e que, em muitos casos, representa um modelo de um envelhecimento bem-sucedido. Estudá-los permitirá, não só traçar um perfil ou testar os determinantes da longevidade e da QdV, mas também ponderar as possíveis implicações de um aumento da proporção deste segmento emergente na sociedade, antecipando, com políticas e estratégias integradas fundamentadas em evidências, eventuais necessidades.

Como pontos fortes cumpre-nos salientar a elevada taxa de adesão e o interesse que o estudo suscitou nas pessoas centenárias, na maioria dos familiares e em alguns representantes institucionais. As suas características, em termos de personalidade e estilo de socialização, confirmam alguns achados no estado da arte (embora não se encontrem em análise neste

estudo). O contato com pessoas externas ao círculo familiar, o falar de si, das suas experiências, expressar as suas apreciações e as suas conceções convidou à reminiscência. Foi-lhes possibilitado, também, um momento de interação social e de partilha de informação, importantes num contexto em que os contactos com o exterior são reduzidos, onde se notaram, em alguns casos, estereótipos quanto à sua capacidade e à sua eficácia, que podem interferir na sua qualidade de vida. Importa, também, em pesquisa futuras, abordar QdV do cuidador e as suas representações sobre o cuidado e o seu envelhecimento. Alguns cuidadores informais dos centenários, maioritariamente filhos, também já idosos, têm algumas necessidades que devem ser atendidas. Revelam, em certos casos, algum cansaço físico e fragilidade psíquica, pelo que poderiam beneficiar com uma adequada intervenção psicológica e apoio social, que ainda não foram accionados.

Dado o âmbito de estudo, assume as limitações inerentes à pesquisa em ciências sociais, no que diz respeito à multiplicidade de variáveis em estudo e à observação, à medição e à interpretação dos dados, em função da postura, das crenças e dos valores do investigador, que poderão comprometer a objetividade e a validade dos resultados (Gil, 1999). Por outro lado, os constrangimentos de uma amostra de conveniência, cujos resultados não são generalizáveis. E pela dimensão, que não é representativa da população total (aliás, continua desconhecido o número atual e real destes indivíduos, na região), pela composição, predominantemente feminina, e condicionada por um intervalo de tempo restrito para a recolha de dados.

A utilização de um protocolo com potencialidades para uma avaliação sistémica, traz benefícios, contudo a sua aplicação pode ser dificultada. O protocolo é extenso, gera cansaço e condiciona a qualidade e a profundidade das respostas, pelo que algumas entrevistas foram repartidas em mais momentos, para além dos planeados. Quanto ao conteúdo, os centenários tinham dificuldades em perceber muitas das questões apresentadas, pelo que foram reformuladas, substituindo termos ou expressões por sinónimos e exemplos do quotidiano. As dificuldades sensoriais, muito marcantes nesta amostra, podem ter condicionado a resposta às questões, nomeadamente no instrumento de avaliação do funcionamento cognitivo (e.g., a cópia das figuras geométricas não foi efetuada por um participante, pois, a sua visão era demasiado reduzida para a tarefa solicitada). Outra restrição, na mesma medida, está relacionada pela perceção da adequação da pergunta. A mesma participante, que não concluiu a cópia, não cumpriu a tarefa da dobragem do papel para “*não o estragar*”, pois “*não era dela*” (P6).

Por outro lado, as entrevistas eram efetuadas num período que não interferisse com a rotina familiar ou, em contexto institucional, em alguns casos, no horário para as visitas, o que implicou quebras sucessivas, interrupções e, muitas vezes, a presença de terceiros, o que

poderá ter condicionado as respostas dos inquiridos. Seria interessante saber, também, quais são os critérios utilizados na apreciação da QdV do centenário, pela perspetiva do *proxy* e do terceiro informante, uma informação que os protocolos não contemplam, e verificar se os critérios que utiliza para se pronunciar sobre a QdV do idoso coincidem com os que utiliza para avaliar a sua atualmente e, ambos, com as expetativas relativas à sua velhice.

Em suma, este estudo, ao analisar casos de longevidade extrema pode representar um contributo fundamental para o conhecimento dos processos e factores relacionados com o envelhecimento bem-sucedido. Apesar das dificuldades e limitações que este estudo possa apresentar, representa uma experiência de valor acrescido para os que pretendem desenvolver estratégias para a promoção da qualidade de vida na velhice.



## Referências bibliográficas

Afonso, R. M. (2011). *Reminiscência, como técnica de intervenção psicológica em pessoas idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Araújo, L., Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). Dinâmicas psicossociais e a sua contribuição na qualidade de vida dos centenários. *Actas do II Congresso Internacional Interfaces da Psicologia*. Évora: Universidade de Évora.

Arnold, J., Dai, J., Nahapetyan, L., Arte, A., Johnson, M., Hausman, D., Poon, L. W., et al. (2010). Predicting successful aging in a population-based sample of Georgia centenarians. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI:10.1155/2010/989315

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes com Alzheimer (2013). *Associação Portuguesa de Familiares e Amigos de Doentes com Alzheimer*. Obtido de Alzheimer Portugal: <http://alzheimerportugal.org/>

Bize, P. R., & Vallier, C. (1985). *Uma vida nova: A terceira idade*. Lisboa : Verbo.

Ceria-Ulep, C. D., Grove, J., Chen, R., Masaki, K. H., Rodriguez, B. L., Donlon, T. A., et al. (2010). Physical aspects of healthy aging: Assessments of three measures of balance for studies in middle-aged and older adults. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/849761

Cress, M. E., Gondo, Y., Davey, A., Anderson, S., Kim, S. H., & Poon, L. W. (2010). Assessing physical performance in centenarians: Norms and an extended scale from the Georgia Centenarian Study. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/310610

Darviri, C., Demakakos, P., Tigani, X., Charizani, F., Tsiou, C., Tsagkari, C., et al. (2009). Psychosocial dimensions of exceptional longevity: A qualitative exploration of centenarian's experiences, personality and life strategies. *International Journal of Aging and Human Development*, 69 (2), 101-118.

Direção-Geral de Saúde (2004). *Plano nacional de saúde*. Obtido de Direção-Geral de Saúde: HYPERLINK "[http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)"  
[http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)

Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012-16*. Obtido de Direção-Geral de Saúde: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil\\_Saude\\_2013-01-17.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/Perfil_Saude_2013-01-17.pdf)

Fernández-Ballesteros, R. (2004). Una perspectiva psicossocial. Promoción del envejecimiento activo. In L. Salvador Carulla, & A. C. Sanchez, *Longevidade: Tratado integral sobre salud en la segunda mitad de la vida* (pp. 34-39). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Fernández-Ballesteros, R. (2002). Vivir com vitalidad. In R. Fernández-Ballesteros, *Envejecer bien. Qué es y cómo lograrlo*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em portugal* (pp. 281-308 ). Lisboa: Climepsi.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Gil, A. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.

Herm , A., Cheung, S. L., & Poulain, M. (2012). Emergence of oldest old and centenarians: Demographic analysis. *Asian Journal of Gerontology & Geriatrics*, 7, 19-25.

Hutnik, N., Smith, P., & Koch, T. (2012). What does it feel like to be 100? Socio-emotional aspects of well-being in the stories of 16 centenarians living in the United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 1-8. DOI: 10.1080/13607863.2012.684663

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Destaque - Informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2011). *Destaque - Informação à comunicação social*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Instituto Nacional de Estatística (2013). *Portal do Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 20 de Agosto de 2013, de Instituto Nacional de Estatística: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_main](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main)

Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 - Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Jopp, D., Rott, C., & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: The role of sociodemographic , social and health resources for positive adaptation. *The Gerontologist*, 48 (5) pp. 646-658.

Kwak, C. S., Lee, M. S., Oh, S. I., & Park, S. C. (2010). Discovery of novel sources of vitamin B12 in traditional korean foods from Nutritional Surveys of Centenarians. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI:10.1155/2010/374897

Lagarto, S., & Mendes, M. F. (2012). Tendências e diferenças na mortalidade da população idosa em Portugal: Uma abordagem sub-nacional. *VII Congresso Português de Sociologia*:

*Sociedade, Crise e Reconfigurações*. Porto: Universidade do Porto - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Liga Portuguesa Contra o Cancro (2013).

<http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=42>. Obtido de Liga Portuguesa Contra o Cancro: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=42>

Netto, M. P. (2002). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Organização das Nações Unidas (2013). *World population prospects: The 2012 revision*. Organização das Nações Unidas.

Organização das Nações Unidas (2012). *World population prospects: The 2012 revision*. Obtido de United Nations - Department of Economic and Social Affairs: [http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012\\_Volume-I\\_Comprehensive-Tables.pdf](http://esa.un.org/unpd/wpp/Documentation/pdf/WPP2012_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf)

Paúl, C. (2005). A Construção de um modelo de desenvolvimento humano. In A. Fonseca, & C. Paúl (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp.21-42) Lisboa: Climepsi.

Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra: Edições Almedina.

Poon, L. W., & Cheung, S. L. (2012). Centenarian research in the past two decades. *Journal of Gerontology & Geriatrics*, 7, 8-13.

Poon, L., Martin, P., Bishop, A., Cho, J., Rosa, G., Deshpande, et al. (2010). Understanding centenarian's psychosocial dynamics and their contributions to health and quality of life. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/680657

Pordata (2013). *Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo*. Obtido em 20 de Agosto de 2013, de Pordata: <http://www.pordata.pt/>

Poulain, M., Pes, G., & Salaris, L. (2011). A population where men live as long as women: Villagrande Strisaili, Sardinia. *Journal of Aging Research*. DOI:10.4061/2011/153756

Robine, J.-M., Cheung, S. L., Saito, Y., Jeune, B., Parker, M. G., & Herrmann, F. R. (2010). Centenarians today: New insights on selection from the 5-COOP Study. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/120354

Serra, V., Watson, J., Sinclair, D., & Kneale, D. (2011). *Living beyond 100*. London: The International Longevity Center - United Kingdom.

Squire, A. (2002). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.

Susuki, M., Willcox, D. C., Rosenbaun, M. W., & Willcox, B. J. (2010). Oxidative stress and longevity in Okinawa: An investigation of blood lipid peroxidation and tocopherol in okinawan centenarians. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/380460

Universidade do Porto (2013). *Notícias - Universidade do Porto*. Obtido de Universidade do Porto: <http://noticias.up.pt/icbas-vai-estudar-segredos-dos-centenarios-portuenses/>

Vaz-Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M., et al. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (2), 31-40.

Villar, F., & Triadó, C. (2006). *El estudio del ciclo vital a partir de historias de vida: una propuesta práctica*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.

von Gunten, A., Ebbing, K., Imhof, A., Giannakopoulos, P., & Kövari, E. (2010). Brain aging in the oldest old. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/358531

Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2-12. Obtido de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10433-005-0500-0#page-1>

Willcox, D. C., Willcox, B. J., & Poon, L. W. (2010). Centenarian studies: Important contributors to our understanding of aging process and longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/484529

World Health Organization (2006). *Library - College of public health sciences*. Obtido em 14 de Setembro de 2013, de Library - College of Public Health Sciences: [library.cph.chula.ac.th / Ebooks / WHOQOL-OLD Manual.pdf](http://library.cph.chula.ac.th/Ebooks/WHOQOL-OLDManual.pdf) final

Yashin, A. I., Arbeev, K. G., Akushevich, I., Arbeeve, L., Kravchenko, J., Il'yasova, D., . . . Ukraintseva, S. V. (2010). Dynamic determinants of longevity and exceptional health. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/381637

Young, R. D., Desjardins, B., McLaughlin, K., Poulain, M., & Perls, T. T. (2010). Typologies of extreme longevity myths. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/423087

Zeng, Y., & Shen, K. (2010). Resilience significantly contributes to exceptional longevity. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI: 10.1155/2010/525693



## ANEXOS



# Anexo A

## Revisão sobre a investigação da longevidade excepcional

Revisões anuais sobre a investigação da longevidade	
<b>2001</b>	<p>O <i>United States National Institute on Ageing (NIA) Panel On The Characterization Of Participants In Studies Of Excepcional Survival In Humans</i> (2001) reuniu investigadores na área clínica, demográfica, epidemiológica e genética, com o objetivo de criar um conjunto de medidas padrão (para a medição da idade, a avaliação da saúde e do estado funcional, das características psicológicas e sociais, entre outras) para estudos de sobrevivência excepcional, necessárias à obtenção de informação precisa sobre o fenótipo de sobrevivência (Poon <i>et al.</i>, 2010).</p>
<b>2007</b>	<p>Na <i>Annual Review of Gerontology and Geriatrics</i> (2007) foram destacadas as abordagens interdisciplinares e multidisciplinares e os estudos de cariz psicossocial. Atualizou e divulgou novas informações acerca da biologia, da genética bem como da psicologia (sobre o impacto da personalidade, das estratégias de coping, do suporte social e da função cognitiva na sobrevivência excepcional) e destacou a vantagem de examinar os centenários na pesquisa da longevidade humana. Identificou e analisou, também, alguns problemas metodológicos no delineamento da investigação anterior, emanando recomendações e possíveis soluções para os mesmos, e forneceu uma orientação na procura de fontes e de literatura para a obtenção de informações sobre idosos mais idosos e centenários (Poon &amp; Cheung, 2012).</p>
<b>2010</b>	<p>A revista <i>Current Gerontology and Geriatrics Research</i>, editada em 2010, apresentou, entre outras, informações sobre a investigação do fenótipo biológico e a dinâmica psicossocial da longevidade, a avaliação das capacidades funcionais das pessoas muito idosas e o <i>trade-off</i> entre longevidade e morbilidade. Estes são considerados por Poon &amp; Cheung (2012) conceptualmente e metodologicamente, mais robustos, pois, adotaram a metodologia científica de verificação da idade, de amostragem e utilizaram testes de hipóteses multivariadas, em relação a estudos anteriores, descritivos e com amostras pequenas (Poon &amp; Cheung, 2012; Willcox <i>et al.</i>, 2010).</p>
<b>2011</b>	<p>A revisão de 2011 focou os aspetos qualitativos da longevidade, a necessidade de se avaliar o bem-estar dos idosos e de se conhecer de que forma é influenciada pelas suas experiências distais, positivas e negativas, os seus hábitos e influências ambientais. Apresentou os conceitos de bem-estar e de busca de felicidade, além de apontar a necessidade da construção de modelos para testar hipóteses de adaptação. Examinou experiências peculiares, como exemplo, a dos sobreviventes do holocausto e dos soldados com stress pós-traumático, para ilustrar como os traumas do passado podem condicionar comportamentos atuais. Mostrou o impacto dos processos de adaptação no bem-estar, incluindo recursos, nutrição, saúde, função cognitiva, vitalidade, relações sociais, espiritualidade, religiosidade e lazer (Poon &amp; Mansfield-Cohen, 2011, <i>cit. in</i> Poon &amp; Cheung, 2012).</p>
<b>2012</b>	<p>A edição de 2012 do <i>Journal of Gerontology Biological Sciences</i>, para além de apresentar novas informações sobre a investigação da extrema longevidade, forneceu orientações para o uso de modelos humanos e de animais, com a finalidade de testar hipóteses para a construção de uma teoria de longevidade (Poon &amp; Cheung, 2012).</p>



## Anexo B

### Determinantes de qualidade de vida referenciados pelos participantes

Determinantes de QdV referenciados pelos participantes	
Participantes	“(...)o que é para si ter QdV / viver bem com esta idade?”
P1	<p>CATEGORIAS: Tranquilidade; sentimento de adequação dos recursos de que dispõe; sentimento de satisfação com a vida.</p> <p>RESPOSTA: <i>“Vivo tranquila, não me falta nada, tudo o que preciso tenho.”</i></p>
P2	<p>CATEGORIAS: Saúde; capacidade de se deslocar de forma independente; autonomia; proximidade e afeto familiar; ter capacidade para o trabalho.</p> <p>RESPOSTA: Ter saúde, mobilidade, ser independente, ter as pessoas dos seus afetos próximas de si; ter capacidade para o trabalho (<i>“o trabalho é que faz bem à gente”</i>).</p>
P3	<p>CATEGORIAS: Saúde; bom desempenho cognitivo; controlo pessoal; estar consciente e ter boa memória; bom relacionamento, de respeito e de interajuda com os amigos e vizinhos; sentimento de satisfação com a vida.</p> <p>RESPOSTA: É ter saúde, estar consciente e ter boa memória (<i>“o melhor que tenho é o sentido”</i>), ser estimado por quem se relaciona com ele, ter amigos, é sentir-se bem, é ajudarem-se uns aos outros (<i>“junto com os nossos amigos e vizinhos, ajudarmo-nos uns aos outros (...) e assim nos safávamos”</i>).</p>
P4	<p>CATEGORIAS: Proximidade e afeto familiar; proteção divina; ter saúde; bom desempenho cognitivo; controlo pessoal e autonomia.</p> <p>RESPOSTA: Ter qualidade de vida é <i>“ter a família junto”</i> dela, é ter a proteção divina, é ser capaz de orientar o seu dia e ter saúde.</p>
P5	<p>CATEGORIAS: Saúde; capacidades sensoriais, audição e visão; capacidade para o trabalho; colaborar nas tarefas familiares; independência.</p> <p>RESPOSTA: Ter saúde, ver bem, ouvir bem, trabalhar, apoiar os seus familiares nas tarefas domésticas. Não considera ter QdV devido a estar dependente de familiares, a não poder colaborar nas tarefas domésticas (<i>“estou a dar guerra, não me sinto bem”</i>).</p>
P6	<p>CATEGORIAS: Satisfação com a vida; proximidade, apoio e afeto familiar; autonomia e controlo pessoal; bons relacionamentos com os outros.</p> <p>RESPOSTA: <i>“Os anos vão-se passando, mas não tenho vontade de morrer”</i> tenho os meus filhos e os meus netos que eu adoro, tenho que dizer o que sinto”. Sente a família junto de si, sente-se apoiada, cuidada. Tem a perceção de que ainda é autónoma, apesar de ter um nível alto de dependência. Sente auto-eficácia. Ter um bom suporte familiar, relacionar-se bem com toda a gente são condições muito valorizadas pela centenária.</p>
P7	Não respondeu

<b>P8</b>	CATEGORIAS: Satisfação com a vida; despreocupação/tranquilidade RESPOSTA: <i>“É boa, não faço nada... Comer, dormir... é viver bem a vida. ”</i>
<b>P9</b>	Não respondeu
<b>P10</b>	CATEGORIAS: Satisfação com a vida; felicidade RESPOSTA: <i>“Vivo bem, graças a Deus. Sinto-me feliz. Tenho horas de tudo”</i>
<b>P11</b>	CATEGORIAS: Proximidade, apoio e afeto familiar; sentimento de adequação dos recursos de que dispõe RESPOSTA: <i>“Tenho uma filha que pensa primeiro em mim. É muito boa, mas aborrece-se muitas vezes comigo, mas logo passa. A minha filha é tudo. Custa muito aturar uma velhice. Tenho tudo o que preciso e não me falta nada.”</i>
<b>P12</b>	Não respondeu
<b>P13</b>	Não respondeu