



UC/FPCE – 2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A Tomada de Decisão Conjugal como Fator de Risco
Psicossocial em Díades Conjugais**

Filipa Gomes Mira (filipagmira6@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de
Especialização em Psicopatologia e Psicoterapias Dinâmicas, sob a orientação do
Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão.

A Tomada de Decisão Conjugal como Fator de Risco Psicossocial em Díades Conjugais

O IGT é um instrumento desenvolvido para avaliar a tomada de decisão, baseado na Hipótese do Marcador Somático. Este instrumento simula situações da vida real – no que diz respeito às consequências da tomada de decisão – primeiro em condições de incerteza e depois em condições de risco. Apesar de muito estudado com populações clínicas, a investigação também se tem preocupado com o indivíduo enquanto decisor. Contudo, ainda existem poucas evidências científicas quanto ao processo de tomada de decisão entre sujeitos com relações próximas.

Desta forma, o objetivo desta investigação prende-se com o estudo das relações entre padrões de tomada de decisão dos elementos de díades conjugais e indicadores de risco e vulnerabilidade sociodemográfico e clínico. Assim, a amostra do presente estudo é constituída por 30 casais marcados pela fragilidade extrema de recursos socioeconómicos (risco psicossocial derivado da pobreza e de todas as variáveis associadas a esta situação). O processo de tomada de decisão foi avaliado através do IGT, que foi administrado em dois momentos consecutivos, através de dois jogos do IGT (cada jogo com 100 ensaios ou jogadas).

Os resultados do presente estudo demonstraram que estas díades conjugais apresentam padrões de decisão semelhantes, sendo esses padrões predominantemente desvantajosos (em ambos os elementos do casal). Evidenciou-se, também, que há uma relação negativa entre os padrões decisoriais destes casais, no segundo jogo do IGT, e as variáveis psicopatológicas (sintomas psicopatológicos), reforçando os achados com as populações com características sintomáticas.

Por fim, verificou-se, ainda, que os desempenhos obtidos pela amostra em estudo com risco psicossocial são inferiores, quando comparados com a amostra normativa de estudos com populações saudáveis.

Palavras-chave: Tomada de Decisão; IGT; Casais; Risco Psicossocial

Couple's Decision Making as a Psychosocial Risk Factor in Dyad Spouses

The IGT is a developed instrument to evaluate the decision making, based on Somatic Marker Hypothesis. This instrument simulates real life situations – regarding the consequences of the decision making – firstly in conditions of uncertainty, then in conditions of risk. Despite a number of studies with the IGT with clinical populations, the investigation has also been concerned about the individual decisor. However, scientific evidence on the decision making process between elements with close relationships is still limited.

In this way, the objective of this research concerns the study of the relationship between the decision making patterns of the dyad elements and sociodemographic and clinical factors of risk and vulnerability. Thus, the sample of the present study is composed by 30 couples marked by extreme fragility of socioeconomic resources (psychosocial risk derived from poverty and all the variables associated with this situation). The decision making process was measured by the IGT, which was administered on two consecutive moments, through two IGT tasks (each task with 100 trials).

The results of the present study had demonstrated that this dyad spouses present similar decision patterns, which are predominantly disadvantageous (in both couple's elements). It was also found a negative relationship between the decision patterns of these couples, at the second game of IGT, and the psychopathological variables (psychopathological symptoms), strengthening the findings with the populations with symptomatic characteristics.

Lastly, it was still verified that the performance obtained by the sample in this study are lower comparatively with the sample of studies with healthy populations.

Key Words: Decision Making; IGT; Couples; Psychosocial Risk

Agradecimentos

Ao *Professor Doutor Rui Paixão*, pela sabedoria, pela ciência, pelo rigor e sobretudo, pela orientação e mestria. Agradeço e saliento o facto de me ter despertado o interesse para o tema deste estudo que conseguiu estar à altura dos meus interesses.

Ao meu *Pai*, pelo amor incontornável, pela educação, pelos valores e, no essencial, pela responsabilidade de me ter tornado na pessoa que hoje sou.

À minha *Mãe*, pela sua essência única e indiscreta, pela sua simplicidade e genuinidade. Acima de tudo pelo seu amor incondicional.

À minha *Irmã*, a melhor irmã do mundo, agradeço a presença marcável e crucial na minha vida.

Ao *Meu Namorado*, pela dedicação, pela disponibilidade em me ouvir, por todos os conselhos e por nunca me deixar desistir. Obrigada pelo teu amor incondicional.

Ao meu *Avô*, o melhor do mundo, pela figura única e insubstituível na minha vida. Agradeço, de coração, a sua dedicação e esforço na concretização deste sonho.

À minha *Avó*, pelo seu amor, pelo carinho, pela educação e pelo colo de avó.

À *Su*, por se ter revelado uma pessoa tão generosa, por me ter recebido em sua casa durante este ano com tanto carinho, por tantas tardes de apoio e motivação, pelos lanchinhos e por se ter tornado minha amiga.

À *Ju*, por estar sempre disponível a ajudar, pela sensação de amparo que sempre transmitiu, pelo apoio constante nesta fase tão decisiva, pelo convívio e partilha, por tantas risadas e pela amiga que se tornou.

À *Lotinha*, por ter estado ao meu lado durante este longo ano de investigadoras, e pela contribuição no crescimento académico.

Às famílias que se disponibilizaram para participar no meu estudo, sem quais este não seria possível. O meu sincero agradecimento pelo fragmento de intimidade partilhado.

Índice

I.	Enquadramento conceptual	3
1.	Modelos de Tomada de Decisão.....	3
2.	Risco e Vulnerabilidade na Díade Conjugal.....	5
3.	Decisão e Família	7
4.	A Tomada de Decisão Conjugal como Fator de Risco: o presente estudo.....	9
II.	Objetivos	11
III.	Metodologia.....	11
1.	Amostra	11
2.	Instrumentos	12
2.1.	Questionário Sociodemográfico	12
2.2.	Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão Portuguesa de Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2008/2012).....	12
2.3.	Subtestes Vocabulário e Cubos da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008).....	13
2.4.	Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982/1993; versão Portuguesa Canavarro, 1999).....	13
2.5.	Qualidade de Vida (QOL; Olson & Barnes, 1982; versão reduzida Portuguesa de Almeida, Cunha & Relvas, 2013)	13
2.6.	Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al., 1994; Areias et al., 2008).....	14
3.	Procedimentos	14
IV.	Resultados	16
V.	Discussão.....	26
	Conclusão.....	29
	Bibliografia	31
	Anexos	36

Introdução

As primeiras teorias da tomada de decisão, encarada como uma atividade cognitiva, têm uma origem racionalista, fundamentada nos princípios da lógica (Costerman, 2001) e assente na ideia de que as emoções e os sentimentos eram elementos perturbadores e rivais da razão (Pereira, Lobler, & Simonetto, 2010).

Atualmente, no entanto, estas perspetivas mais racionalistas têm sido substituídas por concepções onde as emoções assumem um papel fundamental. Damásio (2011), por exemplo, desenvolveu a Hipótese do Marcador Somático, segundo a qual as emoções exercem um papel fundamental no processo da tomada de decisões. Segundo este autor, quando é necessário tomar uma decisão, o indivíduo depara-se com uma sensação corporal, os marcadores somáticos, que se encontram no sistema emocional do cérebro, particularmente no córtex pré-frontal ventromedial. Assim, os marcadores somáticos auxiliam o indivíduo no processo de tomada de decisão, informando antecipadamente as possíveis consequências de sua ação (Damásio, 2011).

Neste contexto, Bechara, Damasio, Damasio e Anderson (1994) desenvolveram um instrumento para medir a Tomada de Decisão - o Iowa Gambling Task (IGT) - no sentido de testar empiricamente a Hipótese do Marcador Somático. Este instrumento simula situações de vida real, em condições de incerteza, e depois de risco, no que diz respeito às consequências da tomada de decisão (Bechara et al., 1994). Knight (2012), tendo em consideração, tanto quanto possível, os vários fatores de probabilidade que são mais ou menos suscetíveis de serem medidos, diferencia incerteza e risco. Por um lado, define incerteza como uma situação expressa por valores indeterminados e, por outro, apresenta o risco como uma probabilidade mensurável. Desta forma, à luz desta teoria, os sujeitos, ao jogarem o IGT, passam de uma etapa de exploração das várias opções da tarefa, para uma segunda etapa de risco. A primeira fase é marcada pela incerteza, sendo que os sujeitos atuam de acordo com uma estimativa ou um julgamento intuitivo que orienta o processo de tomada de decisão. Na segunda fase, a de risco, a probabilidade é quantificável, com alternativas equiparáveis.

Outros autores alertam para o facto de o risco ser uma consequência da livre e consciente decisão de um indivíduo se expor a uma situação, na qual procura a realização de um bem ou um desejo (Schenker & Minayo, 2005). Esta decisão pode incluir um percurso de perda ou dano físico, material ou psicológico, mas tem subjacente o conhecimento que o sujeito tem dessa situação.

O IGT foi primeiramente utilizado para avaliar o papel das emoções na capacidade de tomada de decisão em pacientes com lesões no córtex pré-frontal ventromedial, demonstrando que, ao contrário do grupo de controlo, estes pacientes parecem alheios às consequências futuras das suas ações, sendo guiados apenas pelas perspetivas imediatas (Bechara et al., 1994). Posteriormente, tem sido utilizado na avaliação de diversas populações com características sintomáticas, constatando-se que dependentes químicos

(Areias, 2013; Bechara & Damásio, 2002; Pinto, 2014; Woicik et al., 2009), jogadores compulsivos (Goudriaan, Oosterlaan, De Beurs, & Van Den Brink, 2005), pacientes com perturbação obsessiva-compulsiva (Rocha, Alvarenga, Malloy-Diniz & Corrêa, 2011) e esquizofrênicos (Sevy et al., 2007) apresentam um desempenho significativamente mais baixo, optando pelos baralhos de risco, tendo um comportamento considerado desvantajoso na tarefa.

Apesar dos diversos estudos do IGT com populações clínicas, a investigação tem-se preocupado com o indivíduo enquanto decisor (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956) e não toma em consideração a tomada de decisão entre elementos com relações próximas (Beresford e Sloper, 2008). Nesta linha de pensamento, o presente estudo tem como objetivo alargar a compreensão do processo de tomada de decisão, tal como medido pelo IGT, através do estudo das relações entre padrões de tomada de decisão dos elementos de díades marcados pela fragilidade extrema de recursos socioeconómicos (risco psicossocial derivado da pobreza e de todas as variáveis associadas a esta situação). Pretende-se perceber se padrões de decisão desvantajosos nas díades conjugais em situação de grande desvantagem socioeconómica são dominantes e se se associam a outras variáveis de risco e de vulnerabilidade usualmente associadas a essas situações (qualidade de vida e psicopatologia, fundamentalmente).

Deste modo, o estudo que aqui apresentamos inicia-se com o enquadramento conceptual, que aborda: *i*) os principais modelos do processo de tomada de decisão; *ii*) as variáveis de risco e vulnerabilidade na díade conjugal; *iii*) os processos de decisão na família; e *iv*) uma breve exposição do presente estudo. De seguida, são apresentados os objetivos e as respetivas hipóteses de investigação, prosseguindo-se com a metodologia, incluindo: *i*) a descrição da amostra; *ii*) os instrumentos constituintes do protocolo de avaliação utilizado; e *iii*) os procedimentos de investigação e estatísticos. Posteriormente são apresentados os resultados, a discussão e as conclusões.

I. Enquadramento conceptual

1. Modelos de Tomada de Decisão

Na Psicologia Cognitiva, o processo de tomada de decisão pode ser definido como a capacidade que um indivíduo tem para optar entre várias respostas. Para isso, parte do princípio da lógica formal para solucionar os problemas da melhor forma possível (Cardoso & Cotrena, 2013). Neste sentido, o processo de tomada de decisão baseia-se na forma como as pessoas processam, transformam e utilizam a informação que recebem, com o objetivo de compreender como os seres humanos tomam decisões (Pereira et al., 2010).

Na linha dos modelos tradicionais, as decisões são analisadas como processos exclusivamente racionais. Desta forma, o indivíduo realiza uma análise de custo-benefício de cada uma das opções e utiliza a razão para conduzi-lo à melhor escolha (Cardoso & Cotrena, 2013). Segundo Kepner e Tregoe (2005) existem quatro padrões básicos do pensamento racional, sendo estes considerados universais e aplicáveis a qualquer situação: *i*) de avaliação e clarificação; *ii*) de relação (causa-efeito); *iii*) de tomada de decisão; e *iv*) de antecipação das consequências do futuro. No que respeita ao terceiro padrão básico do pensamento racional o indivíduo, perante uma situação de escolha, toma uma decisão seguindo um padrão, que envolve três grandes atividades: *i*) determinação do objetivo, a atividade considerada mais importante, visto que para estes autores a definição do problema afeta a qualidade da decisão; *ii*) consideração das opções disponíveis; e *iii*) avaliação dos riscos relativos às opções disponíveis, no sentido de optar pela opção mais segura ou mais produtiva. Para Schoenfeld (2011), o processo de tomada de decisão segue um padrão lógico de seis fatores: *i*) identificar o problema; *ii*) produzir alternativas; *iii*) avaliar as alternativas; *iv*) escolher uma alternativa; *v*) implementar uma decisão; e *vi*) avaliar a eficácia dessa decisão. No entanto, Simon (1955) rompe com o conceito de “homem racional” e introduz o conceito de “racionalidade limitada”. Tendo em vista os limites da racionalidade humana, assumiu a importância dos processos cognitivos envolvidos no processo de tomada de decisão. Este modelo alerta para a impossibilidade do indivíduo conhecer todas as alternativas de que dispõe e possíveis consequências. Desta forma, as decisões são satisfatórias, não ótimas, na medida em que são demarcadas pela limitação da racionalidade do ser humano no acesso ou processamento cognitivo de todas as opções (Simon, 1955, 1992).

Contudo, na década de 90 são desenvolvidos novos estudos que sugerem que a tomada de decisão não está apenas associada à razão (Cardoso & Cotrena, 2013). António Damásio (2011) recorreu ao estudo de doentes neurológicos com lesões cerebrais no córtex pré-frontal, sobretudo na região ventromedial, no sentido de demonstrar que, perante a privação de emoções, o processo de decisão altera-se.

Através deste estudo, Damásio (2011) constata que a perda da capacidade para sentir emoções prejudica gravemente a vida destas pessoas. Estes indivíduos apresentam um desempenho normal em termos de inteligência, memória, linguagem e outras funções cognitivas. No entanto, ao

nível das emoções, do afeto, do comportamento social e da sua personalidade, mudam inteiramente, não conseguindo, por exemplo, decidir acerca de aspetos habituais do quotidiano (*p. e.* o que cozinhar, comer ou vestir). A sua capacidade para tomar decisões encontra-se limitada. Assim, dada a sua experiência com estes indivíduos e procurando uma explicação para tal deterioração, Damásio (2011) propõe a hipótese dos marcadores somáticos.

A hipótese dos marcadores somáticos sugere que existem: *i*) processos implícitos não conscientes na tomada de decisão e *ii*) instrumentos de decisão praticamente imediatos aquando da receção de estímulos. O processo de tomada de decisão é um sistema que integra tanto elementos de natureza objetiva (razão), como elementos de natureza subjetiva (emoções), nunca estando estes dois fatores descurados e negligenciados no processo (Damásio, 2011).

Segundo Damásio (2011), existem emoções primárias e secundárias e sentimentos associados às emoções. As emoções primárias são disposições inatas para responder a determinado tipo de estímulo. As emoções secundárias são aprendidas e envolvem categorizações de representações de estímulos, que são associadas a respostas passadas, avaliadas como boas ou más. A teoria dos marcadores somáticos propõe que um sentimento surge quando uma emoção, enquanto reação corporal, automática e inconsciente, se liga a um cenário específico com resultados esperados, através da aprendizagem. O sentimento é a experiência desta mudança associada à imagem mental da situação, ou seja, surge quando a emoção passa a ser consciente e é codificada sob a forma de atividade neuronal. Desta forma, o sentimento é a apreciação do estado do corpo e da mente durante as emoções. A título de exemplo, a combinação de um marcador somático negativo com um determinado resultado futuro funciona como um sinal de alarme, que pode fazer com que haja uma rejeição imediata desse sentido de ação, vivido como negativo (Damásio, 2011).

Desta forma, os marcadores somáticos atuam a um nível fisiológico, ativando sinais do corpo, que se encontram no sistema emocional do cérebro, particularmente no córtex pré-frontal ventromedial. Assim, auxiliam o processo de tomada de decisão, uma vez que os marcadores somáticos ajudam a discriminar, de entre as múltiplas opções disponíveis, sejam elas favoráveis ou não. Logo, elimina algumas delas, discriminando-as do processo seguinte que é já a tomada efetiva da decisão (Damásio, 2011).

De acordo com Lowenstein e Lerner (2003), o trabalho organizado em torno da teoria comportamental da decisão ignora largamente o papel das emoções na tomada de decisão. As emoções são vistas de forma negativa, em função da sua influência corruptiva. Neste sentido, propõem um modelo teórico geral de compreensão das diferentes formas de influência das emoções na tomada de decisão, em que diferenciam dois tipos de influências: *i*) emoções esperadas e *ii*) emoções imediatas.

As emoções esperadas são expectativas (cognitivas) das emoções que vão ser experimentadas no futuro, em consequência dos resultados das decisões (Lowenstein & Lerner, 2003).

As emoções imediatas são emoções experimentadas no momento da

escolha e da decisão e são o resultado da combinação entre as influências antecipatórias e acidentais (Lowenstein & Lerner, 2003).

Desta forma, as influências antecipatórias surgem da análise das consequências da decisão, enquanto as influências acidentais são originadas por fatores que não estão relacionados com a decisão (Lowenstein & Lerner, 2003).

Para além disso, as emoções imediatas podem influenciar a decisão, através de um impacto direto ou indireto, sempre que mudam as expectativas de probabilidade ou de desejabilidade das futuras consequências ou modificam a forma como as consequências, quer objetivas quer emocionais, são processadas (Lowenstein & Lerner, 2003).

2. Risco e Vulnerabilidade na Díade Conjugal

Várias investigações sobre resiliência e vulnerabilidade têm-se debruçado sobre aspetos da interação familiar (Hawley & Dehann, 1996; Walsh, 1996), objetivando aspetos de risco que interferem nos processos de transição normativos e não-normativos (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996).

O risco relaciona-se com a identificação de fatores que realçam ou impedem distúrbios, transtornos ou respostas desadaptadas (Garmezy, 1996). Masten e Garmezy (1985) referem que os fatores de risco contemplam tanto características individuais (sexo, fatores genéticos, habilidades sociais, habilidades intelectuais e características psicológicas), como ambientais (baixo nível socioeconómico, eventos de vida stressantes, características familiares e ausência de apoio emocional). Em termos de desenvolvimento, Rutter (1985) afirma que há diferentes tipos de resposta ao risco. Dando a conhecer padrões mais ou menos adaptativos de *coping*, o mesmo fator de risco pode ser experienciado de formas diferentes por diferentes indivíduos e a forma de lidar com a situação de risco será, igualmente, distinta. Em contrapartida, diferentes riscos podem originar respostas similares ao longo da vida.

Neste contexto, o significado de risco divide-se em duas trajetórias, na medida em que é necessário ter em consideração duas direções: *i*) vulnerabilidade; e *ii*) resiliência (Garmezy, 1996).

A resiliência remete para a procura de alternativas eficazes, no sentido de superar a situação de risco com a consequente adaptação, mesmo na presença das adversidades (Garmezy, 1996). A resiliência é, então, entendida como uma capacidade pessoal para elaborar estratégias de ação em prol de objetivos próprios, mantendo a autoestima e demonstrando confiança, bem como habilidades para lidar com transformações e contextos sociais de forma adaptada (Rutter, 1985). Parece haver cinco implicações deste conceito que têm encontrado estabilidade ao longo da investigação: *i*) resistência ao perigo parece estar relacionada com exposição controlada ao risco, mais do que ao seu evitamento, ou seja, a exposição ao risco resulta num fortalecimento da resistência ao *stress*, em vez de sensibilização; *ii*) esta resistência tem em consideração a interação entre fatores genéticos e fatores ambientais. Assim, na ausência de riscos ambientais, a resistência ao perigo evidencia-se pouco significativa com traços ou circunstâncias, sendo que os fatores genéticos, por

si só, não podem ser considerados como fatores de risco ou de proteção; *iii*) a resistência ao perigo poderá surgir de processos de adaptação internos – psicológicos ou fisiológicos (p. ex. mecanismos de *coping*) – ao invés de fatores externos; *iv*) uma recuperação a longo prazo pode estar relacionada com “experiências de viragem” na vida adulta, ou seja, a resiliência pode, por vezes, refletir uma recuperação tardia ao invés de um início marcado pelo fracasso; e *v*) partindo do princípio que a resiliência é limitada, é possível que esta seja demarcada por uma programação biológica ou pelos danos na estrutura neuronal causados pela persistência das sequelas do *stress* ou da adversidade (Rutter, 2006).

O constructo de resiliência familiar pode ser compreendido como um processo de desenvolvimento diferenciado para cada família, tendo em conta a sua visão do mundo (forma como a família interpreta a realidade, interagindo com o meio ambiente, possuindo uma crença existencial de pertença ao mundo), bem como a perspectiva temporal e evolutiva (Hawley & DeHann, 1996). Walsh (1996) identifica elementos básicos na resiliência familiar: *i*) processos de coesão; *ii*) flexibilidade; *iii*) comunicação aberta; *iv*) partilha na procura de soluções para a resolução de problemas; e *v*) sistemas de crenças positivas. Para além disso, o otimismo e a esperança são elementos de resiliência familiar que favorecem a criação de perspectivas futuras. Não obstante, a resiliência tem assumido uma grande relevância no campo das relações amorosas (Solomon, Rothblum, & Balsam, 2004; Venter, 2009). Desta forma, a resiliência no casal pode ser definida como a capacidade de utilizar estratégias de *coping* eficazes, para manter a coesão do casal em situações de adversidade (Solomon et al., 2004).

Já na esteira de Venter (2009), este conceito é definido como a capacidade do casal para proteger a relação dos vários fatores de risco externos. Neste sentido, o casal ultrapassa situações de crise ou *stress*, que sejam potencialmente perturbadoras para a relação e contribuem para melhorar a qualidade da relação e bem-estar de cada um dos membros.

A vulnerabilidade diz respeito às suscetibilidades individuais que potencializam o risco (Garmezy, 1996). No que respeita à vulnerabilidade na família, Pettengill e Angelo (2005) afirmam que o seu caráter dinâmico e contínuo representa eventos repetitivos e interativos e não uma sequência de acontecimentos lineares. Desta forma, há uma alternância em relação às consequências, uma vez que a família reage à situação de crise, apresentando respostas de fortalecimento ou enfraquecimento. Assim, a vulnerabilidade assume-se como uma condição da existência humana, presumindo a sua exteriorização em diferentes graus, que depende do contexto de todos os seres humanos (Pettengill & Angelo, 2005). No que concerne ao casal, este pode ter várias vulnerabilidades. Segundo Bradbury (1998), o bem-estar psicológico individual está diretamente relacionado com a relação dos cônjuges. Os vários problemas da relação do casal correlacionam-se positivamente com distúrbios psiquiátricos, incluindo depressão (Bradbury, 1998), abuso de substâncias (Leonard & Eiden, 2007) e distúrbios de ansiedade (Hansson & Björkman, 2006). De acordo com Epstein e Baucom (2002, cit. in Epstein & Schlesinger, 2007), ao nível interacional, a tendência do casal para comunicar em escalada

ou o evitamento mútuo podem constituir-se como outra vulnerabilidade. Alguns casais respondem às mágoas do passado, criando uma autoproteção, mas interferindo com níveis de intimidade e coesão e com a sua capacidade de trabalharem em conjunto, para desenvolverem estratégias de *coping* para lidarem com stressores futuros. Desta forma, a maneira do casal lidar com conflitos e efeitos negativos torna-se um fator de vulnerabilidade, diminuindo a sua capacidade para lidar com stressores futuros.

Neste sentido, risco e vulnerabilidade são processos diretamente relacionados com resultados negativos ou indesejados. Os fatores de risco podem estar presentes em termos individuais e ambientais. A vulnerabilidade, por outro lado, está relacionada com uma característica pessoal, inata ou adquirida. Contudo, somente na interação com os eventos de vida é que podem ser observadas, tanto as influências do risco, como as manifestações da vulnerabilidade (Cowan et al., 1996).

Várias hipóteses têm surgido em relação aos fatores de risco para o desenvolvimento das famílias. A pobreza tem sido explorada em muitas pesquisas como um fator de risco potencial para o desenvolvimento das pessoas, ameaçando o seu bem-estar e a relação conjugal (Zimmerman & Arunkumar, 1994). Luthar (1991) refere que o baixo nível socioeconómico é uma das variáveis sociodemográficas mais estudadas em pesquisas de fatores de risco. No que concerne à psicopatologia, enquanto fator de risco, esta ocupa um grande espaço na vida social do indivíduo e isso pode também ser observado nas relações íntimas/conjugais (Butterworth & Rodgers, 2008). Neste contexto, a evidência científica tem vindo a demonstrar o impacto negativo dos problemas de saúde mental na vida dos indivíduos, especificamente na relação conjugal e no bem-estar do parceiro saudável (Benazon & Coyne, 2000; Wittmund, Wilms, Mory, & Angermeyer, 2006). O funcionamento das relações íntimas e os problemas de natureza mental estão fortemente associados entre si e influenciam-se mutuamente (Whisman & Baucom, 2012). É neste sentido que a pesquisa se tem focado na depressão, sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva num dos elementos pode influenciar negativamente o funcionamento da relação (Beach & Bodenmann, 2010). Atendendo à qualidade de vida correlacionada com os sintomas psicopatológicos presente num dos cônjuges, Angermeyer et al. (2006) verificaram que a qualidade de vida é percebida como menos satisfatória, quer se trate de homem ou mulher, nomeadamente nos domínios bem-estar psicológico e relações sociais. Em relação aos comportamentos aditivos, estes podem ser igualmente considerados como fatores de risco no que respeita ao desenvolvimento das famílias, na medida em que os efeitos do uso de substâncias nos membros familiares se estendem além da família nuclear. A família pode experienciar as mais diversas emoções, como ansiedade, medo, raiva, preocupação, entre outros. Pode, igualmente, necessitar de medidas legais contra o familiar que consome substâncias (Rockville, 2004).

3. Decisão e Família

De acordo com Beresford e Sloper (2008), os modelos teóricos ainda

não tomam em consideração a tomada de decisão entre elementos com relações próximas.

Há uma vasta literatura no que toca à tomada de decisão em grupo e à resolução de problemas. No entanto, esses grupos são especificamente formados para um único propósito de pesquisa. Contrastando, o casal e o sistema familiar trazem consigo: *i)* papéis pré-existentes; *ii)* conhecimento recíproco de valores, aspirações e expectativas; e *iii)* uma história de tomada de decisão conjunta de cada situação que implique uma escolha. Para além disso, a relação que existe entre dois decisores terá um impacto significativo no processo de tomada de decisão. Desta forma, a tomada de decisão individual e conjunta é uma característica central da relação próxima (Beresford & Sloper, 2008).

A investigação da tomada de decisão entre casais, especificamente no que concerne à decisão relativamente ao comportamento consumidor, tem explorado decisões de alto e baixo custo (Beresford & Sloper, 2008). Atendendo às várias hipóteses relativas à forma como cada casal gere o dinheiro, alguns autores, partindo da tipologia dividida em duas secções de Pahl (1989), sugerem que na primeira secção o rendimento individual dos dois cônjuges se funde como um único rendimento coletivo, no sentido em que o casal opera enquanto unidade económica singular. Já na segunda secção, considera-se que o rendimento individual permanece nesta condição, valorizando-se a independência e a liberdade económica de cada um, mantendo os seus rendimentos parcial ou completamente separados e trocando bens e serviços entre eles. Neste sentido, a forma como cada casal rege o seu dinheiro reflete a sua relação (Burgoyne, Edmunds, Dolman, & Reibstein, 2006; Elizabeth, 2001).

No que concerne à tomada de decisão do casal, um dos aspetos essenciais prende-se com a decisão final, ou seja, quem tem a última palavra sobre a situação económica, especificamente sobre o gasto do dinheiro e em relação a grandes gastos para a casa. Estas decisões têm sido uma das principais causas de grandes conflitos e desentendimentos entre o casal, especialmente quando um dos cônjuges sente que tem menos influência do que o outro, no que respeita à situação financeira (Kirchler, Rodler, Holz, & Meier, 2001). Na maior parte dos casais há sempre um cônjuge que assume o papel de alfa em relação às decisões, exibindo um maior controlo financeiro e uma maior responsabilidade. O nível beta da relação tende a ser limitado, mas este parceiro fornece sempre alguma entrada nas decisões, assumindo-se muitas vezes como um papel de autorreforço. Assim, as mulheres tendem a ser frequentemente o parceiro alfa, instigando as decisões financeiras, comparativamente aos homens (Wood, Downer, Lees, & Toberman, 2012).

Pahl (2000) demonstra que as mulheres dão prioridade ao gasto coletivo em prol do gasto individual, enquanto os homens tendem a preocupar-se mais com gastos individuais, como por exemplo os seus “*hobbies*”. Nesta linha de pensamento, Kirchler et al. (2001) também encontram diferenças relativas ao sexo, no que concerne aos gastos. Assim, verificam que as mulheres têm mais conhecimento, interesse e controlo no

que toca aos gastos com a esfera doméstica, enquanto os homens têm mais conhecimento, interesse e controlo relativamente ao equipamento técnico. Para além das diferenças relativas ao sexo, encontram diferenças em relação à classe trabalhadora de casais e aos casais de classe média. Desta forma, enquanto os primeiros tendem a decidir de forma autónoma dentro do seu próprio estilo de autoridade, os segundos tendem a decidir conjuntamente.

4. A Tomada de Decisão Conjugal como Fator de Risco: o presente estudo

O IGT é uma tarefa neuropsicológica experimental, que simula situações da vida real de tomada de decisão em condições de incerteza, quanto às suas consequências, isto é, relativamente à recompensa ou punição (Bechara et al., 1994).

A tarefa exige que os indivíduos escolham cartas de quatro baralhos (A, B, C e D), que fazem variar as recompensas e as punições em probabilidade e magnitude. O objetivo do jogo é ganhar o máximo dinheiro possível, ou minimizar o valor perdido. Desta forma, é atribuído um saldo inicial de dois mil dólares (ou euros na versão portuguesa de Areias et al. (2008) e o indivíduo é, então, instruído a ganhar o máximo dinheiro possível, escolhendo uma carta de cada vez, na ordem que pretender, ao longo de cem jogadas (Bechara et al., 1994).

Os baralhos A e B são considerados baralhos desvantajosos, uma vez que, se num momento imediato, oferecem altos ganhos monetários, acarretam também punições mais elevadas a longo prazo. Os baralhos C e D são considerados baralhos vantajosos, uma vez que as recompensas imediatas, apesar de serem mais baixas, produzem perdas menos significativas a longo prazo, resultando, portanto, em ganhos monetários (Bechara et al., 1994).

A investigação que aqui apresentamos propõe-se estudar os padrões de tomada de decisão em casais em situação de grande risco psicossocial, considerando: *i*) as tipologias decisórias aí observadas; *ii*) a aproximação (ou diferenciação) dos padrões decisórios observados entre os elementos da díade (isto é, se a identidade do casal se manifesta em padrões decisórios semelhantes); e *iii*) a relação desses padrões decisórios com outras variáveis de risco, nomeadamente com outras variáveis sociodemográficas (nível de escolaridade, situação laboral), psicopatológicas (sintomas psicopatológicos) e perceção de qualidade de vida (no que respeita à família, aos amigos e à saúde, ao tempo (tempo para as próprias necessidades, quantidade de tempo livre, tempo para a família, para si e para a lida da casa) aos media e à comunidade (qualidade dos filmes, jornais, revistas, qualidade das escolas, da segurança e das condições oferecidas pela comunidade para fazer as compras quotidianas) e ao bem-estar financeiro). Segundo Joel, MacDonald, & Plaks (2013), existe uma relação entre processos de tomada de decisão relativos a aspetos tradicionais (p. ex., em termos económicos) e o casal (p. ex., ao nível da vinculação). Desta forma, as pesquisas centradas na dinâmica da relação do casal podem contribuir significativamente para uma maior compreensão do processo de tomada de decisão.

Em síntese, partindo do subsistema conjugal como unidade de análise,

pretende-se perceber se padrões de decisão desvantajosos nos dois elementos do casal, ou apenas num desses elementos, se relacionam significativamente com determinado tipo de indicadores de risco e de vulnerabilidade do casal.

II. Objetivos

O principal objetivo desta investigação prende-se com o estudo das relações entre padrões de tomada de decisão dos elementos de díades conjugais e indicadores de risco e vulnerabilidade sociodemográfico e clínico.

Especificamente, pretende-se:

Objetivo 1: Verificar o tipo de padrões de decisão existentes num grupo de 60 sujeitos (30 díades conjugais) em situação de grande risco psicossocial (pobreza);

Objetivo 2: Verificar se os padrões observados nas 30 díades conjugais são homogéneos (isto é, se os dois elementos do casal evidenciam tipologias decisórias semelhantes, quer estas sejam vantajosas ou desvantajosas) ou heterogéneos (quando os dois elementos do casal evidenciam padrões de decisão diferenciados);

Objetivo 3: Estudar a relação entre os padrões homogéneos e heterogéneos de tomada de decisão no casal e as variáveis sociodemográficas: rendimento disponível, nível de escolaridade e situação laboral;

Objetivo 4: Estudar a relação entre os padrões homogéneos e heterogéneos de tomada de decisão no casal e as variáveis relacionadas com o risco e a vulnerabilidade, nomeadamente as variáveis psicopatológicas e de perceção da qualidade de vida.

III. Metodologia

1. Amostra

A amostra do presente estudo, constituída por 30 casais em condições de risco psicossocial, foi recolhida com recurso a uma amostragem não probabilística por conveniência ou acidental durante os meses de fevereiro, março e abril de 2015. Na Tabela 1 apresentamos as suas principais características.

De evidenciar o facto de, no que diz respeito ao BSI, os níveis de psicopatologia dos inquiridos serem elevados, encontrando-se próximos do ponto de corte da população com perturbações emocionais. No que concerne ao MoCA, para efeitos de interpretação, teve-se em consideração as médias de idade e de escolaridade da população, constatando-se assim que o ponto de corte é de 26.42, com um desvio padrão de 2.18. Desta forma, conclui-se que a média da pontuação total para a amostra em estudo é baixa.

Tabela 1. Estatística descritiva para a caracterização sociodemográfica da amostra.

	Mulheres (N=30)		Homens (N=30)	
	M	DP	M	DP
Idade	40.73	12.87	43.33	12.43
Escolaridade	6.80	1.99	6.23	2.14
QI	90.23	9.59	97.64	14.69
Pontuação Total MoCA	21.50	3.63	21.40	4.21
Psicopatologia				
Somatização	1.48	.72	1.22	.61
Obsessões-Compulsões	1.37	.83	1.10	.54

Sensibilidade Interpessoal	1.33	1.03	1.32	.66
Depressão	1.16	.79	.87	.50
Ansiedade	1.33	.60	1.18	.42
Hostilidade	1.07	.71	.97	.59
Ansiedade Fóbica	1.27	.85	1.22	.71
Ideação Paranóide	.86	.68	.67	.61
Psicoticismo	1.09	.85	.93	.61
IGS ¹	1.26	.69	1.10	.47
TSP ²	36.33	12.19	34.37	12.66
ISP ³	1.71	.53	1.71	.45
QOL				
Família, Amigos e Saúde	3.69	.69	3.70	.70
Tempo	3.04	.78	2.78	.82
Media-Comunidade	2.87	.62	2.85	.65
Bem-Estar Financeiro	2.33	.66	2.45	.69
Pontuação Total	59.73	10.64	58.90	10.65
Rendimento			N (%)	
< 500€			24 (40)	
< 1000€			36 (60)	
Estado Civil			N (%)	
Casado			21 (70)	
União de facto			9 (30)	
Situação Profissional	Frequência	%	Frequência	%
Trabalho não qualificado	12	40	21	70
Desempregado	12	40	5	16.7
Reformado/Pensionista	5	16	4	13.3
Outra (doméstica)	2	6.6	-	-

Nota: Os pontos de corte para o BSI são: ¹ IGS (Índice Geral de Sintomas) = 1.43; ² TSP (Total de Sintomas Positivos) = 37.349; ³ ISP (Índice de Sintomas Positivos) = 2.111; M = Média; DP = Desvio-padrão.

2. Instrumentos

O protocolo de investigação é composto pelos seguintes instrumentos:

2.1. Questionário Sociodemográfico

Construído para a caracterização específica da amostra, este questionário visou informações sociodemográficas (idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, rendimento disponível, número de filhos, problemas clínicos e problemas com a justiça).

2.2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão Portuguesa de Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2008/2012)

O MoCA é um instrumento criado originalmente por Nasreddine et al. (2005), que tem sido estudado em múltiplos países, como Portugal (Freitas et al., 2008/2012). É um instrumento de rastreio cognitivo, que fornece a estimativa quantitativa da capacidade cognitiva. É constituído por trinta itens

que avaliam diferentes domínios cognitivos (funções executivas; capacidade visuo-espacial; memória; atenção, concentração e memória de trabalho; linguagem e orientação). Do estudo psicométrico do instrumento para a população portuguesa, resultou um *Alpha de Cronbach* de .90 (Duro, Simões, Ponciano, & Santana, 2010), apresentando uma elevada consistência interna.

2.3. Subtestes Vocabulário e Cubos da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008)

A WAIS é uma escala criada originalmente por Wechsler em 1939, denominada Wechsler Bellevue. A WAIS-III corresponde à terceira revisão - a primeira revisão foi publicada em 1955 e a segunda foi publicada em 1981, com a designação de WAIS-R - adaptada para a população portuguesa pela Cegoc em 2008. Esta escala mede a inteligência e é constituída por catorze subtestes distribuídos por duas subescalas (Verbal e Realização), que constituem o Q.I. de Escala Completa. Dos vários subtestes, foram utilizados o vocabulário e os cubos da versão Portuguesa da WAIS – III (2008), no sentido de obter uma estimativa de inteligência, de acordo com a fórmula de *desvio do quociente* (Tellegen & Briggs, 1967). Da caracterização psicométrica dos catorze subtestes, resultou uma consistência interna situada entre .70 e .93 (à exceção dos testes de velocidade). Ao nível dos resultados compósitos, o Q.I. de Escala Completa, o Q.I. Verbal e o Q.I. de Realização apresentam um *Alpha de Cronbach* de .98, .97 e .94, respetivamente.

2.4. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982/1993; versão Portuguesa Canavarro, 1999)

O BSI é um inventário criado originalmente por Derogatis (1982/1993), que foi aferido para a população portuguesa por Canavarro (1999). É um inventário de autorresposta que avalia sintomas psicopatológicos, constituído por cinquenta e três itens. Os participantes avaliam em que grau (“desde 0 = nunca até 4 = muitíssimas vezes”) foram afetados pelos sintomas durante a última semana. A versão Portuguesa deste inventário (Canavarro, 1999; Derogatis, 1982/1993) avalia sintomas psicopatológicos, especificamente em termos de nove dimensões (Somatizações; Obsessões-compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide; e Psicoticismo) e três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas (IGS); Total de Sintomas Positivos (TSP); e Índice de Sintomas Positivos (ISP). O estudo psicométrico do instrumento aferido para a população portuguesa apresentou uma boa consistência interna, com índices satisfatórios entre .40 e .70 (Canavarro, 1999).

2.5. Qualidade de Vida (QOL; Olson & Barnes, 1982; versão reduzida Portuguesa de Almeida, Cunha & Relvas, 2013)

O QOL é um instrumento originalmente desenvolvido por Olson e Barnes (1982) e adaptado por Relvas, Alberto e Simões (2008). Este instrumento foi submetido a uma revisão por Almeida, Cunha e Relvas (2014), no sentido de desenvolver uma versão reduzida para a população portuguesa. Esta versão reduzida constitui-se como uma versão para adultos e é um

instrumento de autorresposta que avalia a qualidade de vida, enquanto constructo multidimensional e medida sistémica e holística (Almeida et al., 2013), através de uma solução fatorial de quatro fatores: Família, Amigos e Saúde, Tempo, *Media* e Comunidade e Bem-Estar Financeiro.

Em termos psicométricos, esta versão reduzida apresenta-se como uma medida válida, revelando uma consistência interna entre .70 e .88 para os quatro fatores supramencionados.

2.6. Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al., 1994; Areias et al., 2008)

Na versão portuguesa utilizada no estudo agora apresentado (Areias et al., 2008), o jogador começa com dois mil euros. Nas instruções da tarefa é dado a conhecer ao sujeito que o objetivo do jogo é ganhar o máximo possível de dinheiro, evitando ao máximo perder. Neste sentido, o indivíduo é informado que há baralhos vantajosos e desvantajosos, devendo evitar estes últimos. Além disso, o jogador é advertido a proceder cautelosamente, uma vez que não tem conhecimento da probabilidade de ganho ou de perda de cada baralho. A tarefa envolve a escolha de uma carta entre os quatro baralhos existentes (A, B, C e D), ao longo de cem jogadas (cinco blocos de vinte jogadas cada).

3. Procedimentos

Os procedimentos de recolha de dados incluíram apenas casais em que ambos os elementos concordaram participar, assinando os respetivos consentimentos informados. Todos os participantes foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo, através do termo de consentimento informado. Foi sublinhado, ainda, o carácter voluntário da participação, a recolha de dados somente para fins de investigação, a confidencialidade e o anonimato das respostas, assim como a garantia de poder desistir do estudo a qualquer momento. Foi dada também a instrução de que o preenchimento do protocolo de avaliação deveria ser feito de forma independente do cônjuge.

O protocolo foi administrado pela seguinte ordem: *i*) Consentimento Informado; *ii*) Questionário Sociodemográfico; *iii*) BSI; *iv*) QOL; *v*) MoCA; *vi*) subtestes Cubos e Vocabulários da WAIS-III; e *vii*) IGT. Todos os sujeitos foram avaliados individualmente e cada sessão durou cerca de 60 minutos. As sessões ocorreram presencialmente, em condições ambientais propícias para a administração do protocolo.

O processo de tomada de decisão foi avaliado pelo IGT em dois momentos consecutivos, através de dois jogos do IGT (cada jogo com 100 ensaios ou jogadas) procurando observar-se se existe uma melhoria no desempenho dos participantes, em função do número de jogadas (Overman & Pierce, 2013). Assim, os dois jogos foram analisados através do número de seleções dos baralhos vantajosos e desvantajosos $[(C+D) - (A+B)]$, como medida para calcular o desempenho total da tarefa. Neste contexto, o cálculo total do desempenho dos participantes é classificado como vantajoso (pontuação superior ou igual a 18), limítrofe (pontuação entre -17 e 17) ou desvantajoso (pontuação inferior ou igual a -18) (Bakos, Denburg, Fonseca,

& Parente, 2010). A fórmula $[(B+D) - (C+A)]$ foi também considerada para analisar o processo de tomada de decisão avaliado pelo IGT quanto ao nível de punição (os baralhos B e D são de baixa punição em oposição aos baralhos C e A, que são de alta punição). Outra medida de análise da evolução da aprendizagem incluiu o agrupamento de jogadas em blocos de 20, aos quais foram aplicadas as referidas fórmulas. Desta forma, o primeiro jogo do IGT diz respeito aos blocos 1, 2, 3, 4 e 5 e o segundo jogo é constituído pelos blocos 6, 7, 8, 9 e 10. Apesar de não ser consensual, diversos estudos sugerem a jogada 50 (transição do bloco 2 para o bloco 3) como ponto médio de aprendizagem do grupo de controlo, momento a partir do qual os participantes começam a adotar escolhas mais vantajosas e a decisão pode passar a ser considerada como de risco (Bechara et al., 1997; Bechara, Damasio, Tranel, & Damasio, 2005; Bechara, 2007). No mesmo âmbito, foi ainda comparada a preferência de baralhos (os baralhos que os participantes afirmam preferirem no fim do jogo) com as escolhas reais (os baralhos que os participantes escolhem ao longo do jogo).

A par destes procedimentos, recorreu-se ao teste *t-student* para testar se as médias de dois grupos da população são ou não significativamente diferentes (Maroco, 2007). Este teste foi utilizado para analisar as diferenças de sexo em todos os instrumentos aplicados.

Procedeu-se, ainda, à análise do coeficiente de correlação de Bravais-Pearson entre as variáveis em estudo com os dois jogos do IGT.. Para a aceitação ou rejeição de efeitos simples sobre as variáveis, foi ponderado um nível de significância de 95%.

No sentido de analisar os desempenhos dos jogos 1 e 2 do IGT em função das variáveis independentes (rendimento disponível, educação, situação laboral, QOL, MoCA, QI e BSI) foi utilizada a regressão linear múltipla com seleção de variáveis *backward*. Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram validados graficamente e o pressuposto da independência foi validado com a estatística de *Durbin Watson* ($d = 2.203$), como descrito em Maroco (2007). Utilizou-se o Fator de Inflação da Variância, para diagnosticar a multicolineariedade e procedeu-se à eliminação das observações *outliers*. De forma a analisar a significância do modelo da regressão linear múltipla, foi realizado o teste ANOVA de regressão. Deste modo, se o valor de prova *p* for inferior a 5% o modelo de regressão linear múltipla tem significância estatística.

Finalmente, as características específicas da amostra do presente estudo foram exploradas através do estudo comparativo dos resultados obtidos nos dois jogos do IGT, com os resultados dos estudos normativos obtidos por Horstmann, Neumann, Steingroever, Wagenmakers e Wetzels (2013), Deal et al. (2013, cit. in Overman & Pierce, 2013) e Icellioglu (2015).

IV. Resultados

A Tabela 2 apresenta os padrões de tomada de decisão dos dois jogos do IGT [caracterizados como desvantajoso, limítrofe e vantajoso (Bakos et al., 2010)] dos homens e mulheres que compõem os casais em estudo.

No primeiro jogo do IGT, verificou-se que os homens tiveram um desempenho mais desvantajoso, comparativamente com as mulheres. Contrariamente, no segundo jogo as mulheres apresentaram um desempenho mais desvantajoso. Neste contexto, é de salientar que a média dos desempenhos desvantajosos aumentou para ambos os sexos.

Quanto ao desempenho limítrofe observa-se que: *i*) diminuiu do primeiro para o segundo jogo do IGT, no sexo masculino; e *ii*) no sexo feminino, apesar do número de mulheres nestas condições ter diminuído, a média do desempenho aumentou.

Por outro lado, no que concerne ao desempenho vantajoso, constata-se que no sexo masculino, apesar do número de homens nestas condições ter aumentado, a média do desempenho diminuiu do primeiro para o segundo jogo do IGT. Relativamente ao sexo feminino, a média do desempenho vantajoso aumentou do primeiro para o segundo jogo do IGT, embora o número de mulheres nestas condições tenha diminuído (Tabela 2).

Tabela 2. Padrões de tomada de decisão com base na fórmula considerando o desempenho final por jogo nos homens e nas mulheres.

	Homens			Mulheres		
	Vantajoso	Limítrofe	Desvantajoso	Vantajoso	Limítrofe	Desvantajoso
	N; M (DP)	N; M (DP)	N; M (DP)	N; M (DP)	N; M (DP)	N; M (DP)
1º Jogo	2; 32.00 (2.83)	19; 2.95 (7.1)	9; -32.00 (9.22)	5; 36.00 (10.30)	17; .00 (11.07)	8; -29 (10.31)
2º Jogo	5; 29.60 (9.32)	15; -1.87 (9.98)	10; -43.40 (15.83)	4; 38.5 (11.82)	16; 2.19 (5.39)	10; -43.80 (17.68)

Nota: N = Número de sujeitos; M = Média dos desempenhos obtidos no 1º e 2º jogos do IGT; DP = Desvio-padrão.

A Tabela 3 apresenta os padrões de tomada de decisão dos dois jogos do IGT (caracterizados como desvantajoso e vantajoso) dos casais que compõem a amostra em estudo. Desta forma, relativamente ao desempenho no IGT por casal, obtiveram-se casais com um padrão de decisão heterogéneo (pelo menos 1 dos cônjuges tem um desempenho desvantajoso) e homogéneo (ambos os cônjuges apresentam um desempenho desvantajoso ou vantajoso). Para efeitos do agrupamento de resultados, ou seja, para podermos caracterizar o desempenho do casal como vantajoso ou desvantajoso, considerou-se o desempenho limítrofe como incluído no desempenho desvantajoso.

Assim, constata-se que no primeiro e no segundo jogo do IGT, os casais com padrões homogéneos desvantajosos foram superiores, ou seja, em grande parte da amostra em estudo ambos os cônjuges têm um padrão de tomada de decisão desvantajoso. Para além disso, é de salientar a ausência de casais

homogêneos vantajosos.

Tabela 3. Padrões de tomada de decisão dos 30 casais em estudo.

	Casais Homogêneos		Casais Heterogêneos
	Vantajosos	Desvantajosos	N (%) ^a
	N (%)	N (%)	
1º Jogo	0	23 (76.7)	7 (23.3)
2º Jogo	0	21 (70)	9 (30)

Nota: ^a = Padrão de decisão heterogêneo (pelo menos 1 dos cônjuges tem um desempenho desvantajoso); N = Número de casais.

A Tabela 4 apresenta o agrupamento das jogadas em blocos de 20 do primeiro jogo (Blocos 1, 2, 3, 4 e 5) e do segundo jogo (Blocos 6, 7, 8, 9 e 10) por sexo. A evolução da aprendizagem no desempenho total $[(C+D) - (A+B)]$ e a evolução considerando o número de punições $[(B+D) - (C+A)]$ são apresentadas também na Tabela 4.

No que diz respeito à evolução de aprendizagem no desempenho total $[(C+D) - (A+B)]$, verificou-se que o processo de aprendizagem não ocorreu da mesma forma em ambos os sexos. No sexo feminino, constatou-se uma evolução no desempenho do bloco 2 ($M = -0.6667$) para o bloco 3 ($M = 0.73$). Apesar do sexo masculino também ter demonstrado uma evolução no desempenho, esta só se verificou num momento posterior, isto é, do bloco 3 ($M = -2.2667$) para o bloco 4 ($M = 0.8667$). A partir do bloco 5, tanto os homens como as mulheres, demonstraram um desempenho mais desvantajoso, sendo este mais evidente no segundo jogo do IGT (Tabela 4).

Não obstante a pouca significância estatística, no que concerne ao desempenho quanto ao número de punições $[(B+D) - (C+A)]$, é possível verificar que ambos os sexos escolheram mais os baralhos B e D, ou seja, os baralhos que apresentam menor frequência de punição (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre homens e mulheres para a evolução de aprendizagem no desempenho total e para o desempenho quanto ao número de punições nos dois jogos do IGT.

Fórmulas	Blocos	1º Jogo			2º Jogo			
		Mulheres	Homens	Sig.	Mulheres	Homens	Sig.	
		M (DP)	M (DP)	<i>p</i>	Blocos	M (DP)	M (DP)	<i>p</i>
(C+D)- (A+B)	B1	.00 (4.03)	-.33 (4.43)	.762	B6	-1.87 (5.56)	-.93 (7.51)	.587
	B2	-.67 (5.05)	-1.60 (5.21)	.484	B7	-1.27 (6.99)	-1.80 (5.74)	.748
	B3	.73 (7.04)	-2.23 (6.53)	.092	B8	-1.77 (6.39)	-2.87 (8.33)	.569
	B4	.87 (7.51)	.87 (7.01)	1.000	B9	-1.27 (9.72)	-2.27 (8.28)	.670
	B5	-.93 (6.55)	-.53 (6.93)	.819	B10	-2.13 (8.25)	-2.60 (9.59)	.841
	Total	-1.73 (23.67)	-5.60 (20.41)	.501	Total	-8.30 (30.39)	-10.47 (28.76)	.778
(B+D)- (C+A)	B1	1.73 (3.59)	2.53 (5.14)	.488	B6	4.33 (5.71)	6.07 (5.39)	.232
	B2	2.60 (4.11)	3.20 (5.74)	.644	B7	4.60 (6.24)	4.80 (5.50)	.896
	B3	2.60 (5.56)	4.67 (5.10)	.139	B8	6.70 (6.70)	5.07 (6.36)	.337

B4	3.53 (4.80)	5.80 (5.71)	.102	B9	5.20 (5.71)	4.47 (6.19)	.635
B5	4.73 (5.34)	6.40 (6.27)	.272	B10	5.00 (7.16)	4.40 (8.78)	.773
Total	15.20 (16.07)	22.60 (21.08)	.132	Total	24.80 (20.41)	25.83 (23.69)	.857

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão.

A Tabela 5 apresenta uma comparação entre homens e mulheres do total das escolhas de baralhos nos dois jogos do IGT. De evidenciar o facto de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os sexos feminino e masculino, relativamente às escolhas de baralhos ao longo dos dois jogos do IGT, à exceção do baralho C ($p=0.042$), que foi significativamente mais escolhido pelas mulheres no primeiro jogo.

Para além disso, os resultados demonstraram que o baralho B é o mais escolhido em todos os blocos dos dois jogos, para ambos os sexos, em paralelo com o baralho D. Assim, podemos ver que os homens, quando comparados com as mulheres, escolhem mais os baralhos B e D, com exceção do segundo momento do IGT, no qual as mulheres parecem escolher mais o baralho D ($M=28.23$ em relação a $M=26.23$), ainda que não seja estatisticamente significativo.

Tabela 5. Comparação entre homens e mulheres do total das escolhas de baralhos ao longo dos dois jogos do IGT.

	1º Jogo			2ª Jogo		
	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.
	M (DP)	M (DP)	p	M (DP)	M (DP)	p
Total A	19.40 (6.23)	19.23 (5.73)	.915	19.47 (8.08)	19.07 (6.37)	.832
Total B	31.30 (11.67)	33.57 (13.34)	.486	34.93 (16.58)	36.13 (14.98)	.770
Total C	22.83 (5.93)	19.47 (6.58)	.042 *	17.87 (8.43)	18.50 (8.07)	.767
Total D	26.13 (9.13)	27.73 (9.79)	.515	28.23 (12.70)	26.23 (11.68)	.528

Nota: * $p<.05$; M = Média; DP = Desvio-padrão.

A Tabela 6 apresenta uma comparação entre homens e mulheres relativamente ao total das preferências de baralhos reportadas pelos participantes no fim dos dois jogos do IGT. No primeiro jogo verifica-se que as mulheres mostraram uma preferência pelo baralho B, enquanto os homens reportaram uma preferência pelo baralho A. No segundo jogo, as mulheres demonstraram uma preferência pelo baralho D, enquanto os homens preferiram os baralhos B e C.

Tabela 6. Comparação entre homens e mulheres no que respeita ao total das preferências de baralhos reportadas pelos participantes no fim dos dois jogos do IGT.

	1º Jogo		2º Jogo	
	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
A	5 (16.7)	9 (30)	2 (6.7)	8 (26.7)
B	10 (33.3)	7 (23.3)	8 (26.7)	9 (30)

C	6 (20)	8 (26.7)	9 (30)	9 (30)
D	9 (30)	6 (20)	11 (36.7)	4 (13.3)

Nota: N = Número de sujeitos; n = Número de sujeitos que escolheram o baralho.

Neste âmbito, ainda, verifica-se que a escolha dos baralhos ao longo dos dois jogos do IGT (Tabela 5) não coincide inteiramente com a preferência de baralhos reportada pelos participantes no fim dos dois jogos (Tabela 6).

A Figura 1 apresenta a evolução do desempenho dos homens e das mulheres ao longo dos dois jogos do IGT. De evidenciar que, apesar dos indícios de aprendizagem no sexo feminino, e masculino, os dois sexos diminuíram o seu desempenho, apresentando um desempenho claramente desvantajoso no segundo jogo do IGT.

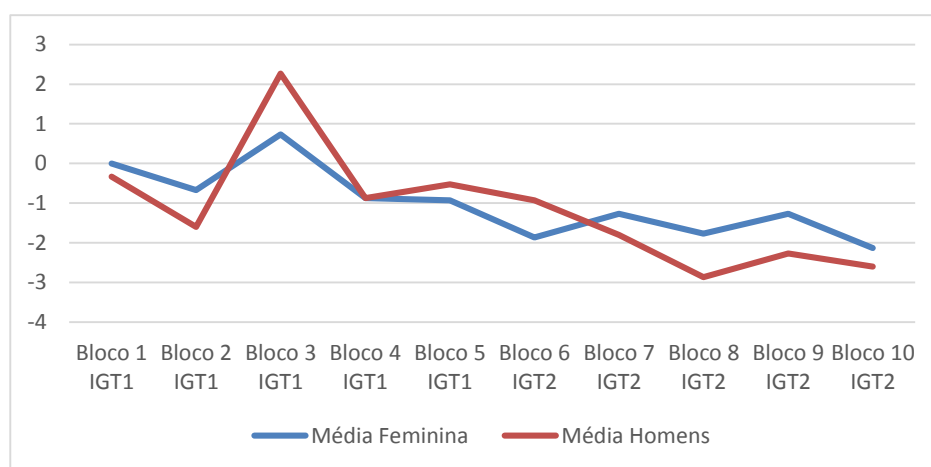


Figura 1: Evolução do desempenho total (com o agrupamento das jogadas em blocos de 20) do 1º e do 2º jogos do IGT para os homens e para as mulheres.

4.1. Análise da influência das variáveis sociodemográficas

Analisando a Tabela 7, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas na educação e no nível de rendimentos entre os elementos do sexo feminino e masculino. No entanto, a variável situação laboral apresenta diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p=0.009$), verificando-se que a percentagem de sujeitos empregados é maior no sexo masculino.

Tabela 7. Comparação entre homens e mulheres considerando as variáveis sociodemográficas educação, situação laboral e nível de rendimentos

Variáveis Sociodemográficas	Mulheres	Homens	Sig. <i>p</i>
	(N=30)	(N=30)	
	N (%)	N (%)	
Educação			
1ºCiclo	6 (20)	8 (26.7)	.293
2ºCiclo	10 (33.3)	12 (40)	
3ºCiclo	14 (46.7)	10 (33.3)	
Situação Laboral			.009 *

Emprego	12 (40)	21 (70)	
Reformado/Pensionista	4 (13.3)	4 (13.3)	
Trabalhador/Pensionista	1 (3.3%)	-	
Desempregado	12 (40)	5 (16.7)	
Outro	1 (3.3%)	-	
Nível de rendimentos			
Entre 0 a 500	12 (40)	12 (40)	1
Entre 500 a 1000	18 (60)	18 (60)	

Nota: * $p < .05$; N = Número de sujeitos.

4.2. Análise da influência das variáveis de risco psicossocial

Os dados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados obtidos no BSI entre os elementos do sexo feminino e masculino. No entanto, salienta-se que as mulheres pontuam de forma mais consistente, comparativamente com os homens (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação entre homens e mulheres para o BSI.

	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.
	M (DP)	M (DP)	<i>p</i>
Somatização	1.48 (.72)	1.22 (.61)	.148
Obsessões-compulsões	1.37 (.83)	1.10 (.54)	.145
Sensibilidade Interpessoal	1.33 (1.034)	1.32 (.66)	.970
Depressão	1.16 (.79)	.872 (.50)	.102
Ansiedade	1.33 (.59)	1.18 (.42)	.280
Hostilidade	1.07 (.71)	.97 (.59)	.554
Ansiedade Fóbica	1.27 (.85)	1.22 (.71)	.794
Ideação Paranóide	.86 (.68)	.69 (.61)	.302
Psicoticismo	1.09 (.85)	.93 (.61)	.407
Índices			
IGS^a	1.26 (.69)	1.09 (.47)	.295
TSP^b	36.33 (12.19)	34.37 (12.66)	.542
ISP^c	1.78 (.53)	1.71 (.45)	.590

Nota: ^aÍndice Geral de Sintomas; ^bTotal Sintomas Positivos; ^cÍndice de Sintomas Positivos; M = Média; DP = Desvio-padrão.

Analisando os dados relativos ao QOL, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os elementos do sexo feminino e masculino (Tabela 9).

Tabela 9. Comparação entre homens e mulheres para a QOL.

	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.
	M (DP)	M (DP)	<i>p</i>
Família, Amigos e Saúde	3.69 (.68)	3.70 (.70)	.971
Tempo	3.05 (.78)	2.78 (.82)	.203
Media-comunidade	2.87 (.62)	2.85 (.65)	.872

Bem-estar Financeiro	2.33 (.66)	2.45 (.69)	.494
Pontuação Total	59.73 (10.64)	58.90 (10.65)	.763

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão.

Os dados evidenciam que existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados do QI estimado ($p=.025$) entre os elementos do sexo feminino e do sexo masculino, observando-se que os homens pontuam mais do que as mulheres, sobretudo nos cubos ($p=.007$) (Tabela 10).

Tabela 10. Comparação entre homens e mulheres para a estimativa da inteligência.

	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.
	M (DP)	M (DP)	<i>p</i>
Vocabulário	8.57 (2.06)	8.90 (2.51)	.576
Cubos	8.40 (2.30)	10.37 (3.09)	.007*
Quociente de Inteligência^a	90.23 (9.59)	97.63 (14.69)	.025*

Nota: * $p<.05$; ^aCalculado pelo Desvio de Quociente (Tellegen & Briggs, 1967); M = Média; DP = Desvio-padrão.

Os dados evidenciam que não existem diferenças estatisticamente significativas nos resultados do MoCA entre os elementos do sexo feminino e masculino (Tabela 11).

Tabela 11. Comparação entre homens e mulheres para o MoCA.

	Mulheres (N=30)	Homens (N=30)	Sig.
	M (DP)	M (DP)	<i>p</i>
Visuoespacial/Executiva			
Alternância Conceptual	.80 (.41)	.83 (.38)	.744
Cópia do Cubo	.80 (.41)	.83 (.38)	.744
Desenho do Relógio	2.27 (.87)	2.07 (1.05)	.424
Nomeação	2.80 (.48)	2.67 (.61)	.351
Atenção			
Sequência Numérica			
Sentido Direto	1 (.00)	.93 (.25)	.161
Sentido Inverso	.67 (.48)	.80 (.41)	.250
Concentração (Cancelamento)			
Letra A	.67 (.48)	.6 (.50)	.599
Subtração em sequência de 7	.80 (.41)	.83 (.38)	.744
Linguagem			
Repetição de Frases	1.27 (.83)	1.47 (.63)	.297
Fluência Verbal Fonêmica			
(P)	.57 (.50)	.63 (.49)	.605
Abstração (Semelhanças)	1.60 (.50)	1.57 (.57)	.810
Evocação Diferida	1.27 (1.41)	1.20 (1.58)	.864
Orientação Espacial	2.00 (.00)	2.00 (.00)	-
Orientação Temporal	4.00 (.00)	4.00 (.00)	-

Total MoCA	21.50 (20.50)	21.40 (20.40)	.922
-------------------	---------------	---------------	------

Nota: M = Média; DP = Desvio-padrão.

De forma a analisar a relação existente entre as variáveis de risco em estudo, nomeadamente as variáveis sociodemográficas (nível de escolaridade, QI, situação laboral e rendimento disponível), psicopatológicas (sintomas psicopatológicos) e perceção de qualidade de vida, e os desempenhos do primeiro jogo e do segundo jogo do IGT recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*.

Através desta análise concluiu-se que a maioria das variáveis, à exceção do BSI, não se correlaciona de forma estatisticamente significativa com os desempenhos obtidos nos dois jogos do IGT. Somente a maioria dos fatores do BSI se correlacionam significativamente com o segundo jogo do IGT, nomeadamente: *i*) somatização ($r=-.262$; $p=.043$); *ii*) obsessões-compulsões ($r=-.275$; $p=.033$); *iii*) depressão ($r=-.265$; $p=.041$); *iv*) hostilidade ($r=-.295$; $p=.022$); e *v*) psicoticismo ($r=-.397$; $p=.002$). Constatou-se também que dois dos índices do BSI se correlacionam significativamente com o desempenho do segundo jogo do IGT, nomeadamente o IGS ($r=-.286$; $p=.026$) e o TSP ($r=-.338$; $p=.008$).

Com a regressão linear múltipla foi possível verificar que o fator psicoticismo ($\beta=-24.168$; $t=-4.069$; $p=.000$) e o ISP ($\beta=20.341$; $t=2.254$; $p=.028$) do BSI são preditores significativos do desempenho do segundo jogo do IGT. Assim, obteve-se o modelo desempenho do segundo jogo = $-20.371 + -24.168$ psicoticismo + 20.341 ISP. Este modelo é altamente significativo e explica uma proporção elevada da variabilidade do desempenho do segundo jogo do IGT ($F=8.355$; $p=.001$; $R_a^2=.200$).

As características específicas da amostra em estudo foram exploradas através do estudo comparativo dos resultados obtidos nos dois jogos do IGT com os dados normativos (Steingroever et al., 2013; Deal et al., 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013; Icelliglu, 2015).

Através da análise das figuras 2 e 3 observa-se que, tanto os participantes em condições de risco psicossocial (Figura 2), como os participantes saudáveis da população geral (Figuras 3), escolhem maioritariamente os baralhos B e D, ou seja, de baixa punição. No entanto, o baralho B foi mais escolhido pelo grupo do presente estudo (Figura 2), em ambos os jogos do IGT (aumentando no segundo jogo), comparativamente com o grupo normativo de Steingroever et al. (2013) (Figura 3), que escolheu mais o baralho D. Este grupo normativo foi obtido através da média ponderada pelo tamanho da amostra de cada estudo normativo presente na revisão da literatura de Steingroever et al. (2013).

No que concerne ainda à escolha de baralhos, conclui-se que o grupo normativo escolhe mais baralhos vantajosos (Figura 3): 62% (Steingroever et al., 2013). Por outro lado, o grupo em estudo neste trabalho (Figura 2) opta mais por baralhos desvantajosos: 52% no primeiro jogo e 55% no segundo jogo.

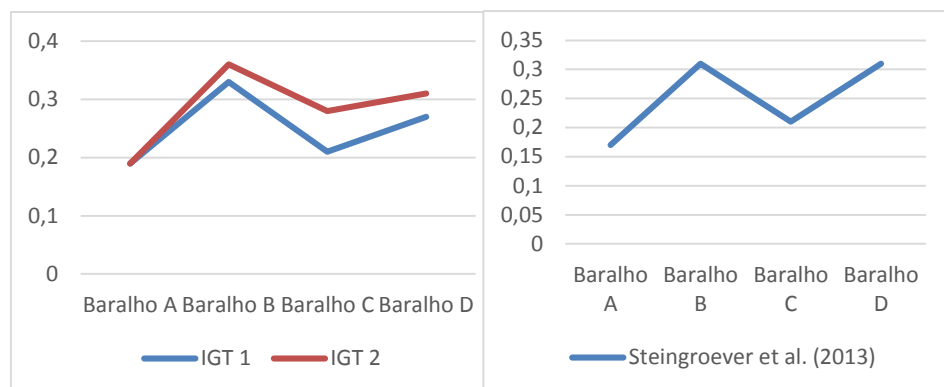


Figura 2: Evolução do desempenho total dos dois jogos do IGT no presente estudo.

Figura 3: Evolução do desempenho total do IGT no grupo normativo (Steingroever et al., 2013)].

Nas figuras 4 e 5 mostramos a comparação dos resultados obtidos com o grupo normativo do estudo de Deal et al. (2013, cit. in Overman & Pierce, 2013) (Figura 5) e com o grupo em estudo neste trabalho (Figura 4). Evidencia-se, neste caso, o aumento das escolhas dos baralhos vantajosos do primeiro para o segundo jogo do IGT (62% para 72%) no grupo normativo, contrariamente ao que acontece no grupo em estudo onde há uma diminuição das escolhas de baralhos vantajosos e um aumento das escolhas desvantajosas do primeiro para o segundo jogo do IGT (52% para 55%)

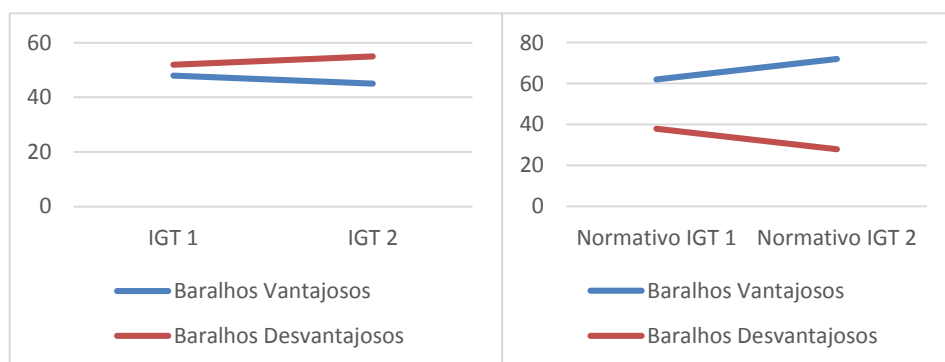


Figura 4: Evolução do desempenho total dos dois jogos do IGT do grupo de risco do presente estudo.

Figura 5: Evolução do desempenho total dos dois jogos do IGT do grupo normativo (Deal et al. (2013, cit. in Overman & Pierce, 2013)).

Analisando os resultados obtidos após 50 jogadas (Tabela 12), tendo em conta os dois jogos do IGT, conclui-se que no grupo normativo do estudo de Deal et al. (2013, cit. in Overman & Pierce, 2013), os homens pontuaram mais que as mulheres. Já no grupo em estudo neste trabalho, as escolhas de baralhos desvantajosos foram superiores, não havendo diferenças estatisticamente significativas nos dois sexos.

Tabela 12. Comparação dos dois jogos do IGT do grupo de risco com os dois jogos do IGT do grupo normativo (Deal et. al, 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013), após 50 jogadas, para os homens e para as mulheres.

	Grupo Normativo (Deal et. al, 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013)			
	Grupo em Estudo			
	IGT Homens	IGT Mulheres	IGT Homens	IGT Mulheres
Baralhos Vantajosos	46.4%	46.2%	85%	67%
Baralhos Desvantajosos	53.6%	53.8%	15%	33%

A Tabela 13 apresenta a comparação entre o grupo de risco em estudo e o grupo normativo de Icelliglu (2015), constituído por 90 sujeitos (45 do sexo masculino e 45 do sexo feminino). No estudo normativo (Icelliglu, 2015) o autor apresenta o segundo jogo do IGT considerando os desempenhos dos sexos feminino e masculino separadamente, uma vez que encontrou diferenças estatisticamente significativas entre ambos. Para efeitos de comparação entre os grupos, o segundo jogo do IGT na população do presente estudo também se encontra em função do sexo.

Neste contexto, observa-se que a população do presente estudo apresenta resultados inferiores no primeiro jogo do IGT, comparativamente com a amostra normativa do estudo de Icelliglu (2015). Relativamente ao segundo jogo verifica-se que homens e mulheres do grupo de risco em estudo apresentam também resultados inferiores, quando comparados com a população normativa (Icelliglu, 2015).

No estudo normativo (Icelliglu, 2015) constata-se que os homens pontuaram significativamente mais do que as mulheres. Já na população em estudo, as mulheres pontuaram mais do que os homens, embora esse resultado não seja estatisticamente significativo.

Tabela 13. Comparação dos dois jogos do IGT do grupo de risco em estudo com os dois jogos do IGT do grupo normativo (Icelliglu, 2015).

	Grupo em estudo			Grupo normativo (Icelliglu, 2015)		
	IGT 1 Total (N = 60)	IGT 2 Homens (N = 30)	IGT 2 Mulheres (N = 30)	IGT 1 (N = 90)	IGT 2 Homens (N = 45)	IGT 2 Mulheres (N = 45)
	M±DP	-3.67±21.9	-10.47±28.8	-8.3±30.4	15.31±17.44	20.26±15.67
P 10-20	-36.0/-23.6	-51.8/-42.0	-62.2/-39.6	-12.0/-3.6	-18.0/-10.0	-6.0/4.0
P 20-25	-23.6/-20.0	-42.0/-29.5	-39.6/-27.0	-3.6/-1.0	-10.0/-8.0	4.0/5.5
P 20-30	-20.0/-14.0	-29.5/-24.0	-27.0/-25.4	-1.0/1.6	-8.0/-4.0	5.5/6.6
P 30-40	-14.0/-8.0	-24.0/-12.0	-25.4/-4.6	1.6/6.0	-4.0/0.0	6.6/10.0
P 40-50	-8.0/-2.0	-12.0/-8.0	-4.6/0	6.0/10.0	0.0/3.0	10.0/14.0
P 50-60	-2.0/2.0	-8.0/-3.6	.0/0	10.0/13.2	3.0/5.2	14.0/21.2
P 60-70	2.0/6.0	-3.6/7.4	.0/6.0	13.2/22.0	5.2/8.0	21.2/26.0
P 70-75	6.0/8.0	7.4/10.5	6.0/6.5	22.0/23.0	8.0/8.5	26.0/26.5
P 70-80	8.0/16.0	10.5/15.2	6.5/9.6	23.0/27.6	8.5/17.2	26.5/29.6
P 80-90	16.0/29.20	15.2/27.4	9.6/36.4	27.6/36.8	17.2/22.0	29.6/39.8

Nota: N = Número de sujeitos; M = Média; DP = Desvio-padrão; P = Percentil.

V. Discussão

O presente estudo pretendeu explorar o padrão de tomada de decisão em díades conjugais na condição de risco psicossocial.

Desta forma e de modo geral, a leitura dos resultados parece indicar a predominância de um padrão de tomada de decisão desvantajoso em díades conjugais marcadas por um grande risco psicossocial. Os casais em estudo encontram-se perante uma fragilidade extrema de recursos socioeconómicos, ou seja, risco psicossocial derivado tanto da pobreza, como de todas as variáveis associadas a esta situação (baixo nível de escolaridade, baixo QI, situação laboral, sintomas psicopatológicos e perceção de qualidade de vida).

Relativamente às características sociodemográficas, a maioria das variáveis estudadas não apresenta uma relação significativa com os dois jogos do IGT, ao contrário de outros estudos onde se verifica que o sexo (Bolla, Eldreth, Matochik, & Cadet, 2004; Icelliglu, 2015; Overman et al., 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013), o nível de rendimentos (Bruin, Parker, & Fischhoff, 2007), a escolaridade (Evans, Kemish, & Turnbull, 2004; Fry, Greenop, & Bowman, 2009) e a inteligência (Webb, DeDonno, & Killgore, 2014) evidenciam impactos significativos no desempenho com o IGT.

Os estudos realizados na última década sobre o papel do fator escolaridade no desempenho no IGT apresentam resultados contraditórios. Segundo o estudo de Fry et al. (2009), grupos de universitários apresentaram um desempenho significativamente melhor, quando comparados com os grupos de menor nível educacional, no último bloco da tarefa do IGT. Já Evans et al. (2004) constataram que os participantes com menos anos de escolaridade obtiveram um melhor desempenho no IGT, comparativamente com os participantes que tinham um maior nível educacional. Segundo os autores, este resultado poderá ser explicado pelo fato do IGT ser um teste muito influenciado pela emoção, avaliando uma tomada de decisão mais intuitiva que racional.

Os resultados não evidenciam também uma relação significativa entre o baixo nível de rendimentos e o IGT, em ambos os desempenhos dos dois jogos. Assim, podemos constatar que, neste estudo, o rendimento por si só parece não explicar os desempenhos desvantajosos obtidos pelos casais (maioritariamente homogéneos desvantajosos) nos dois jogos do IGT. Contudo, a literatura sugere que esta variável parece influenciar o processo de tomada de decisão. Segundo Bruin et al. (2007), a população com um estatuto socioeconómico mais baixo parece ter menos acesso a vários recursos, nomeadamente a habilitações educacionais. Deste modo, este grupo populacional encontra-se mais suscetível a experiências de vida negativas, muitas vezes não controláveis. Consequentemente, estes indivíduos tendem a tomar más decisões, baseadas em experiências passadas como se, de alguma forma, as reproduzissem, formando um padrão.

No que concerne ao QI da amostra, não houve uma relação significativa com os dois jogos do IGT. No entanto, estudos realizados sugerem que há uma relação entre estas variáveis. Webb et al. (2014), com o objetivo de comparar a influência relativa da inteligência cognitiva com a inteligência emocional no

desempenho do IGT, constataram que a inteligência cognitiva está mais fortemente associada ao desempenho do IGT, do que a inteligência emocional.

Quando às diferenças no desempenho do IGT entre homens e mulheres, a literatura parece sugerir que existem diferenças significativas (Bolla et al., 2004; Icelliglu, 2015; Overman et al., 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013). Assim, com o objetivo de estudar as eventuais relações entre os padrões de tomada de decisão dos elementos do casal e os indicadores de riscos e vulnerabilidades propostos, procedeu-se à exploração dos dados recolhidos em função do sexo.

No que diz respeito ao processo de tomada de decisão avaliado pelo IGT, os resultados obtidos sugerem que não há diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, na medida em que na presente amostra predomina um padrão de decisão desvantajoso em ambos os elementos do casal.

Relativamente à situação laboral e ao QI, o presente estudo evidencia a inexistência de relações estatisticamente significativas. Contudo, parece existir uma diferença estatisticamente significativa entre os sexos nestas variáveis, uma vez que os homens apresentam uma maior taxa de empregabilidade e pontuam mais no QI, sobretudo na tarefa dos cubos. No entanto, estas variáveis não têm poder estatístico para explicar o processo de tomada de decisão na sua totalidade.

No contexto da relação do padrão de tomada de decisão com as variáveis psicopatológicas, verifica-se uma relação negativa entre o BSI e o segundo jogo do IGT. Desta forma, quanto maiores os níveis de psicopatologia, mais desvantajoso é o desempenho no IGT, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Nesta linha, a literatura sugere que múltiplas populações com características sintomáticas são caracterizadas por apresentarem um comportamento considerado desvantajoso no processo de tomada de decisão avaliado pelo IGT, nomeadamente dependentes químicos (Areias, 2013; Bechara & Damásio, 2002; Pinto, 2014; Woicik et al., 2009), jogadores compulsivos (Goudriaan et al., 2005), pacientes com perturbação obsessiva-compulsiva (Rocha et al., 2011) e esquizofrénicos (Sevy et al., 2007).

De um modo geral, constata-se evidências estatísticas quanto ao predomínio de padrões de tomada de decisão desvantajosos em díades conjugais marcadas por um grande risco psicossocial. Observa-se ainda uma relação com variáveis relacionadas com o risco e a vulnerabilidade, nomeadamente as variáveis psicopatológicas.

As características específicas da amostra em estudo foram exploradas através do estudo comparativo dos resultados obtidos nos dois jogos do IGT com os dados normativos. De modo geral, conclui-se que a população em condições de risco psicossocial apresenta um desempenho no IGT inferior ao da população normal (Icelliglu, 2015; Overman & Pierce, 2013; Steingroever et al., 2013). No que concerne às diferenças entre os sexos, os estudos normativos apresentam diferenças estatisticamente significativas, sugerindo que os homens pontuam mais no IGT do que as mulheres (Icelliglu, 2015; Overman et al., 2013, cit. in Overman & Pierce, 2013), o

que não se verifica na população de risco em estudo, uma vez que não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos. Para além destes, outros estudos também concluíram que os homens obtêm um melhor desempenho na tarefa (Bolla et al., 2004; Weller et al., 2010). De acordo com Van den Bos, Heijer, Vlaar e Houx (2009), pouco se sabe quanto à razão da existência destas diferenças e quanto ao seu significado. Por exemplo, no seu estudo, Bolla et al. (2004) constataram que, enquanto os homens ativam o córtex pré-frontal e orbitofrontal direito e esquerdo, apresentando melhor bilateralização na tarefa, as mulheres ativam apenas uma pequena região no córtex orbitofrontal medial esquerdo na realização da tarefa. Assim, uma maior ativação do córtex orbitofrontal direito, como acontece nos homens, está positivamente relacionada com um melhor desempenho na tarefa do IGT.

Em suma, no presente estudo, somente o BSI se correlaciona positivamente com o segundo jogo do IGT, sugerindo que as restantes variáveis de risco (fragilidade extrema de recursos socioeconómicos, baixo nível de escolaridade, baixo QI, situação laboral e perceção de qualidade de vida) não têm influência direta sobre o desempenho na tarefa (IGT). Contudo, a maioria das díades conjugais apresenta um desempenho nos dois jogos do IGT claramente desvantajoso, na medida em que: *i*) no primeiro jogo, 76.7% dos casais são homogéneos desvantajosos (os dois cônjuges do casal apresentam um desempenho desvantajoso); e *ii*) no segundo jogo, 70% dos casais têm igualmente um desempenho homogéneo desvantajoso. É de salientar, ainda, que não existem casais com um desempenho homogéneo vantajoso, ou seja, em que os dois elementos do casal tenham um desempenho vantajoso. Desta forma, o presente estudo parece remeter para a hipótese da predominância de um padrão de decisão desvantajoso em díades conjugais marcadas por condições de elevado risco psicossocial.

Conclusão

O presente estudo teve como principal objetivo explorar o padrão de tomada de decisão, tal como medido pelo IGT, em díades conjugais na condição de risco psicossocial.

Neste contexto, foi possível apurar algumas conclusões. Na amostra em estudo, observa-se que a maioria dos casais apresenta padrões de tomada de decisão semelhantes. Estes padrões, por sua vez, caracterizam-se como desvantajosos, uma vez que as díades conjugais evidenciam um comportamento considerado de risco, optando maioritariamente por baralhos desvantajosos nos dois jogos do IGT.

Ainda nesta linha, diversos estudos (Bechara et al., 1997; Bechara et al., 2005; Bechara, 2007) sugerem a jogada 50 (transição do bloco 2 para o bloco 3) como o momento a partir do qual os participantes começam a adotar escolhas mais vantajosas e a decisão pode passar a ser considerada como de risco, tendo em consideração que a aprendizagem já se estabeleceu. Estes dados são congruentes com os obtidos no presente estudo. De facto, verificou-se uma aprendizagem das díades conjugais no primeiro jogo do IGT, nomeadamente do bloco 2 para o 3, no sexo feminino, e do bloco 3 para o 4, no sexo masculino. No entanto, apesar desta evolução no desempenho observada, no segundo jogo, ambos os sexos evidenciaram um desempenho desvantajoso, adotando um comportamento considerado de risco.

Deste modo, observou-se também que os desempenhos obtidos pela amostra em estudo com risco psicossocial são inferiores, quando comparados com a amostra normativa dos estudos de Icelliglu (2015), Deal et al. (2013, cit. in Overman e Pierce, 2013) e Steingroever et al. (2013).

A par destes resultados verificou-se ainda uma relação negativa entre as variáveis psicopatológicas (sintomas psicopatológicos) e o segundo jogo do IGT, ou seja, quanto maiores são os níveis de psicopatologia, mais desvantajoso é o desempenho no IGT. Assim, podemos verificar que, no presente estudo, à exceção da influência do BSI no segundo jogo do IGT, todas as restantes variáveis de risco psicossocial (fragilidade extrema de recursos socioeconómicos, baixo nível de escolaridade, baixo QI, situação laboral e perceção de qualidade de vida) não explicam por si só os desempenhos dos casais nos dois jogos do IGT, uma vez que não foram encontradas relações significativas entre eles.

Concluindo, no presente estudo, os resultados parecem sugerir a predominância de um padrão de decisão desvantajoso nas díades conjugais marcadas por condições de elevado risco psicossocial, onde os dois elementos do casal têm um comportamento de risco, optando por baralhos desvantajosos. E, quando comparados, os resultados aqui observados, são inferiores ao da população normativa, parecendo indicar que existe uma vulnerabilidade latente neste tipo de díades conjugais, marcadas maioritariamente por variáveis consideradas de risco psicossocial. Parece haver evidências de que a população com risco psicossocial opta por comportamentos de risco (neste caso em relação a dinheiro), escolhendo baralhos desvantajosos, mesmo quando se verificou uma aprendizagem durante o primeiro jogo do IGT. Assim, independentemente da evolução no desempenho destes sujeitos,

parece claro que existe uma preferência por comportamentos de risco por parte da população da amostra em estudo, quando comparada com a população saudável da amostra normativa, que obtém resultados substancialmente superiores nos dois jogos do IGT.

Na continuidade do que foi concluído, é importante referir que este estudo apresenta várias limitações: *i)* a amostra é reduzida; *ii)* o facto de não terem sido tomadas em conta variáveis sociodemográficas com influência no processo de tomada de decisão, demonstrado por estudos anteriores, como por exemplo a idade (Denburg, Tranel, & Bechara, 2005); *iii)* os cônjuges não jogaram o IGT em conjunto, dado que neste estudo os dois elementos do casal jogaram individualmente e foram, posteriormente, agrupados; e *iv)* o IGT é um instrumento que tem sido pouco utilizado em Portugal e mede a tomada de decisão tendo em conta apenas o domínio financeiro. Outros domínios da vida devem ser tomados em conta no processo de tomada de decisão, como a saúde, a educação, a vocação, entre outros.

Com base nestas limitações, seria pertinente um estudo comparativo do IGT entre casais em condições adversas e casais em condições mais favoráveis, em que ambos os cônjuges jogassem em conjunto o IGT, tendo em conta as diferentes variáveis que podem ter influência no desempenho. Para além disso, a presente amostra (N=60) torna-se reduzida para efetuar considerações mais generalizadas, pelo que seria benéfica uma amostra superior.

Bibliografia

- Almeida, S. (2014). *Escala de Qualidade de Vida familiar (Quality of Life – QOL): desenvolvimento de uma versão reduzida para a população portuguesa*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U., & Wittmund B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), 278-85.
- Areias, G. (2012). *As emoções acidentais na tomada de decisão em dependentes de opiáceos*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Areias, G., Paixão, R., & Figueira, A. P. (2008). *Toxicodependência e tomada de decisão: estudos com o Iowa Gambling Task (IGT)*. XII Congresso Multidisciplinar de Psicologia e Educação. Centro de Psicopedagogia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Bakos, D. S., Denburg, N., Fonseca, R. P., & Parente, M. A. d. M. P. (2010). A cultural study on decision making: performance differences on the Iowa Gambling Task between selected groups of Brazilians and Americans. *Psychology & Neuroscience*, 3(1), 101-107.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1(4), 251-254.
- Beach, B. G., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41, 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001
- Beach, B. G., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41, 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001
- Bechara, A. & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia* 40, 1675–1689.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H. & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.
- Benazon N. R. & Coyne J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of family psychology* 14(1), 71-79.
- Beresford, B. & Sloper, T. (2008). *Understanding the Dynamics of Decision-Making and Choice: A Scoping Study of Key Psychological Theories to Inform The Design and Analysis of the Panel Study*. Social Policy Research Unit: The University of York
- Bolla K. I., Eldreth D. A., Matochik J. A., Cadet J. L. (2004). Sex-related differences in a gambling task and its neurological correlates. *Cereb. Cortex*, 14(11), 1226-1232.
- Bradbury, T., N. (1998). *The Developmental Course of Marital*. Cambridge University Press.

- Bruine de Bruin, W., Parker, A. M., & Fischhoff, B. (2007). Individual differences in adult decision-making competence. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 938. doi: 10.1037/0022-3514.92.5.938
- Burgoyne, C. B., Reibstein, J., Edmunds, A., & Dolman, V. (2007). Money management systems in early marriage: Factors influencing change and stability. *Journal of Economic Psychology* 28, 214–228.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 95-109. Braga: SHO/APPORT.
- Cardoso, C. O. & Cotrena C. (2013). Tomada de decisão examinada pelo Iowa Gambling Task: Análise das variáveis de desempenho. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*, 5(2), 24-30.
- Costermans, J. (2001). *As atividades cognitivas: raciocínio, decisão e resolução de problemas*. Coimbra: Quarteto.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schluz, M.S. (1996). Thinking About Risk and Resilience in Families. In Hetherington, E. M. & Blechman E. A. (1996), *Stress, Coping and Resilience in Children and Families* (pp. 1-34).
- Damásio, A. R. (2011). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. (2008). Factors associated with relationship dissolution of Australian families with children. (Social Policy Research Paper nº 37).
- Derogatis, L. R. (1982/1993). BSI: Brief Symptom Inventory, 3rd ed. Minneapolis: National Computers Systems.
- Elizabeth, V. (2001). Managing money, managing coupledness: a critical examination of cohabitants' Money management practices. *The Editorial Board of The Sociological Review*, 49(3), 389-411.
- Evans, C. E. Y., Kemish, K., & Turnbull, O. H. (2004). Paradoxical effects of education on the Iowa Gambling Task. *Brain and Cognition*, 54(3), 240-244. doi: 10.1016/j.bandc.2004.02.022
- Fry, J., Greenop, K., Turnbull, O., & Bowman, C. (2009). The effect of education and gender on emotion-based decision-making. *South African Journal of Psychology*, 39(1), 122 -132. doi: 10.1177/008124630903900111
- Garmezy, N. (1996). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. *Stress, risk, and resilience in children and adolescents*, 1-15.
- Gomes, M. A. & Pereira M. L. D. (2005). Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (2), 357-363.
- Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., Beurs, E., & Brink, W. (2005). Neurocognitive functions in pathological gambling: A comparison with alcohol dependence, Tourette syndrome and normal controls. *Addiction*, 101, 534–547. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01380.x

- Hansson, L., & Björkman, T. (2006). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 16, 9-16. doi: 10.1007/s11136-006-9119-7
- Hawley, D. R. & DeHaan L. (1996). Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35(3), 283-298.
- Icelliglu, S. (2015). Iowa Gambling Test: normative data and correlation with executive functions. *Dusunen Adam*, 28(3), 222. doi: 10.5350/DAJPN2015280305
- Joel, S., MacDonald, G., & Plaks, J. E. (2013). Romantic Relationships Conceptualized as a Judgment and Decision-Making Domain. *Psychological Science* 22(6), 461-465.
- Kepner, C. H. & Tregoe, B. B. (2005). *The new rational manager*. (Ed. Rev.). New York, NY: Kepner-Tregoe.
- Kirchler, E., Rodler, C., Holzl, E., & Meier, K (2001). *Conflict and Decision-Making in Close Relationships: love, money and daily routines*. EUA e Canadá: Psychology Press Ltd.
- Knight, F. H. (2012). *Risk, uncertainty and profit*. Courier Corporation.
- Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424
- Loewenstein, G. & Lerner, J. S. (2003). The role of affect in decision making. In Davidson, R. J., Scherer K. R. & Goldsmith, H. H. *Handbook of Affective Sciences*. Oxford University Press.
- Luthar S. S. (1991). Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. *Child Development*, 62(3), 600-616.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). *Risk, vulnerability, and protective factors in the developmental psychopathology*. In B. B. Lahey & A. E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 8, pp. 1-51). New York: Plenum.
- Minayo, M. C. S. & Schenker, M. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 695-699.
- Olson, D., McCubbin, H., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M. & Wilson, M. (1982). *Family inventories*. University of Minnesota, St. Paul.
- Overman, W. H. & Pierce, A. (2013). Iowa Gambling Task with non-clinical participants: effects of using real + virtual cards and additional trials. *Frontiers in Psychology*, 4. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00935

- Pahl, J. (2000). The gendering of spending within households. *Radical Statistics*, 75, 38-48.
- Pereira, B. A. D., Lobler, M. L. & Simonetto, E. O. (2010). Análise dos modelos de tomada de decisão sob o enfoque cognitivo. *Revista Administrativa da Universidade Federal de Santa Maria*, 3(2), 260-268.
- Pettengill M. A. M. & Angelo M. (2005). Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(6), 982-8.
- Pinto, A. M. L. P. (2014). *Decision-making differences between heroin polysubstance and healthy control individuals*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Portugal.
- Rocha, F. F., Alvarenga, N. B., Malloy-Diniz, L., & Corrêa, H. (2011). Decision-making impairment in obsessive-compulsive disorder as measured by the Iowa Gambling Task. *Arq Neuropsiquiatr*, 69(4), 642-647.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 147, 598-611
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *New York Academy of Sciences*, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Schlesinger, S. E. & Epstein, N. B. (2007). *Couple problems*. In F. M. Dattilio & A. Freeman (Eds.), *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (3ªed.) (Cap. 12, pp. 300-326). New York: The Guildford Press.
- Schoenfeld, A. H. (2011). *How we think: A theory of goal-oriented decision making and its educational applications*. New York, NY: Routledge.
- Sevy, S., Burdick, K.E., Visweswaraiyah, H., Abdelmessih, S., Lukin, M., Yechiam, E., & Bechara, A. (2007). Iowa Gambling Task in Schizophrenia: A Review and New Data in Patients with Schizophrenia and Co-Occurring Cannabis Use Disorders. *Schizophr Research*, 92(1-3), 74–84.
- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão portuguesa. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simon, H. A. (1955). A behavioral model of rational choice. *The Quarterly Journal of Economics*, 69(1), 99-118.
- Simon, H. A. (1992). *Economics, bounded rationality and the cognitive revolution*. Aldershot : Edward Elgar.
- Solomon, S. E. & Rothblum, E. D. e o Rothblum? (pag. 11) (2004). Pioneers in Partnership: Lesbian and Gay Male Couples in Civil Unions Compared With Those Not in Civil Unions and Married Heterosexual Siblings. *Journal of Family Psychology*, 18(2), 275-286. doi: 10.1037/0893-3200.18.2.275

- Steingroever, H., Wetzels, R., Horstmann, A., Neumann, J., & Wagenmakers, E. J. (2013). Performance of healthy participants on the Iowa Gambling Task. *Psychological assessment*, 25(1), 180.
- Tellegen, A., & Briggs, P. F. (1967). Old wine in new skins: grouping Wechsler subtests into new scales. *Journal of Consulting Psychology*, 31(5), 499-506.
- US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Substance Abuse Treatment and Family Therapy. (Relatório nº 04-3957).
- van den Bos, R., den Heijer, E., Vlaar, S., & Houx, B. (2007). Exploring gender differences in decision-making using the Iowa Gambling Task. *Encyclopedia of Psychology of Decision Making*, 1115.
- Venter, N. (2009). *Resilience in Intimate Relationships*. (Tese de Mestrado, University of South Africa).
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281.
- Webb, C. A., DelDonno, S., & Killgore, W. D. (2014). The role of cognitive versus emotional intelligence in Iowa Gambling Task performance: What's emotion got to do with it?. *Intelligence*, 44, 112-119. doi: 10.1016/j.intell.2014.03.008
- Wechsler, D. (2008) Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos (WAIS-III). Lisboa: Cegoc.
- Whisman, M. A. & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical child and family psychology review*, 15(1), 4-13.
- Woicik, A., Moeller, J., Alia-Klein, N., Maloney, T., Lukasik, M., Yeliosof, O., Wang, J., Volkow, D., & Goldstein, Z. (2009). The neuropsychology of cocaine addiction: recent cocaine use masks impairment. *Neuropsychopharmacology*, 34(5), 1112-22.
- Wood, A., Downer, K., Lees, B. & Toberman A. (2012). *Household financial decision making: Qualitative research with couples*. (Relatório nº 805). Londres: Department for Work and Pensions.
- Zimmerman, M. A. & Arunkumar, R. (1994). Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Society for Research in Child Development*, 8(4), 1-20.

Anexos

Anexo 1: Declaração de Consentimento Informado

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

Anexo 3: Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão Portuguesa de Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2008/2012)

Anexo 4: Subtestes Vocabulário e Cubos da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008)

Anexo 5: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982/1993; versão Portuguesa Canavarro, 1999)

Anexo 6: Qualidade de Vida (QOL; Olson & Barnes, 1982; versão reduzida Portuguesa de Almeida, Cunha & Relvas, 2013)

Anexo 7: Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al., 1994; Areias et al., 2008)

Anexo 1: Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

Venho, por este meio, solicitar a sua colaboração num projeto de investigação científico no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

O principal objetivo deste estudo passa por avaliar se o padrão de tomada de decisão está diretamente relacionado com os riscos e vulnerabilidades mais suscetíveis. Assim, pretendo avaliar o padrão de tomada de decisão através do *Iowa Gambling Task* e analisar os riscos e vulnerabilidades a que se encontra mais suscetível, utilizando alguns instrumentos psicológicos (Inquérito Sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), *Wechsler Adult Intelligence Scale - Third Edition* (WAIS – III) e *Quality of Life – Formulário para Adultos* (QOL)).

Caso persista alguma dúvida relativamente à sua participação neste projeto, poderá e deverá esclarecê-las com o investigador.

Acrescento, ainda, que toda a informação será mantida em sigilo, não sendo revelados os nomes daqueles que colaborarem no estudo. Os resultados gerais obtidos serão apenas utilizados para fins de investigação.

A sua participação é voluntária, pelo que tem o direito de decidir livremente a aceitar, recusar ou desistir a todo o tempo neste estudo. Se optar por participar, é crucial que não deixe nenhuma questão por responder, respondendo de uma forma sincera e espontânea.

Agradeço, desde já, a disponibilidade.

Declaro que li e concordo com os termos da investigação acima descritos, decidindo, livremente, participar neste projeto de investigação.

Data ____/____/____

Assinatura do Respondente:

A Investigadora Responsável: Filipa Gomes Mira

Anexo 2: Questionário Sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

Nome (iniciais do seu nome): _____

Idade _____ Sexo M F Nacionalidade _____

Local de Residência _____

Distrito _____

Estado Civil do respondente

- Solteiro (a) Casado (a) Divorciado (a) União de facto
 Viúvo

Reside em casa

- De familiares Própria Alugada República
 Namorado(a) Outra (Especifique):

Quantos anos de escolaridade completou?

Situação Laboral

- Estudante Empregado Reformado/Pensionista
 Trabalhador-estudante Desempregado Formação Profissional
 Outro _____

Tem filhos? Sim Não

Se respondeu sim à questão anterior:

Indique se os seus filhos residem consigo: Sim Não

Se sim, os seus filhos contribuem para os gastos familiares?

Sim Não

Rendimentos

- 0€ - 500€ 1000€ - 1500€ 2000€ - 2500€
 1500€ - 2000€ 1500€ - 2000€

Assinale se sofre de algum dos seguintes problemas médicos e especifique o(s) tipo(s) de problema(s):

Auditivos Visuais Neurológicos

Psiquiátricos Outros

Indique se já teve problemas com a Justiça e/ou a Polícia:




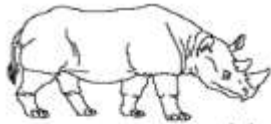
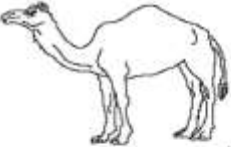
Sim Não

Em caso afirmativo, descreva sucintamente o(s) tipo(s) de problema(s):

Anexo 3: Montreal Cognitive Assessment (MoCA; Nasreddine et al., 2005; versão Portuguesa de Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2008/2012)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

Nome _____
 Escolaridade _____
 Data de nascimento: ____/____/____
 Data de Exame: ____/____/____

Func. Visuo-Espacial / Executivo		Desenho do relógio [onze horas e dez minutos] 3 pontos					Pts
 <input type="checkbox"/>	Cópia do cubo  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/5
Nomeação  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>							___/3
Memória Letura de uma lista de palavras. Repetição das palavras. 2 ensaios. Evocação após 5 minutos.		cara	veludo	igreja	margarida	vermelho	s/pont
	1.º ensaio						
	2.º ensaio						
Atenção Letura de uma lista de dígitos (1/seg)	Repetição em sentido direto <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 Repetição em sentido inverso <input type="checkbox"/> 7 4 2					___/2	
Letura de uma lista de letras. O sujeito deve assinalar cada letra A. 2 ≥ erros = 0 pts.	<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAAJAMOFABA					___/1	
Subtração de 7 a 100, consecutivamente.	<input type="checkbox"/> 93	<input type="checkbox"/> 86	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 65	___/3	
Linguagem Repetição: "De momento, o João é o único que me ajuda quando eu preciso." "O gato esconde-se sempre por baixo do sofá quando os cães estão no quarto."	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					___/2	
Fluência verbal: Nomear o máximo número de palavras que começam pela letra 'F' num minuto.	<input type="checkbox"/> n ≥ 11 palavras					___/1	
Abstracção Semelhanças: p.e. banana - laranja = fruto	<input type="checkbox"/> comboio - biodieta <input type="checkbox"/> relógio - régua					___/2	
Evocação Diferida Evocação Simples	cara	veludo	igreja	margarida	vermelho	Pontos 30/30 Esc. 5/5	___/5
OPCIONAL Evocação por Categorização							
Escolha Múltipla							
Orientação data <input type="checkbox"/>	mês <input type="checkbox"/>	ano <input type="checkbox"/>	dia <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> local	<input type="checkbox"/> cidade	___/6	
Normal ≥ 26 / 30						Pontuação Total + 1 pt. < 12 anos escolaridade	___/30

Anexo 4: Subtestes Vocabulário da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008)

VOCABULÁRIO

Data:		Nº.
<i>Vocabulário</i>		
Item	Resposta	Cotação
(Interromper após 6 insucessos consecutivos)		
1. Cama		
2. Pequeno-almoço		
3. Euro		
4. Inverno		
5. Barco		
6. Concluir		
7. Reparar		
8. Consumir		
9. Serenidade		
10. Diferente		
11. Reunir		
12. Remorso		
13. Gerar		
14. Ontem		
15. Santuário		
16. Confidenciar		
17. Ponderar		
18. Compaixão		
19. Evoluir		
20. Balada		
21. Sociedade		

22. Sentença	
23. Designar	
24. Moralidade	
25. Audacioso	
26. Declamar	
27. Plagiar	
28. Contenda	
29. Renitente	
30. Discernir	
31. Tangível	
32. Épico	
33. Intricar	
Pontuação Total Obtida (Máximo=66)	

Anexo 4: Subtestes Cubos da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008)

CUBOS

5. Cubos

Regras de funcionamento		Critérios de funcionamento		Pontuação	
Se o jogador obtiver a cotação de 0 em 1 ponto nos Itens 5 ou 6, aplicar os mesmos procedimentos (Itens 1 a 4 em sentido inverso, até que alcance a cotação máxima (2 pontos) em 2 itens consecutivos.		Após 3 iterações consecutivas (sem cotação) sem 0 pontos.		- Itens 1 a 4: 2 pontos, por cada repetição realizada com sucesso no Exame 1. 1 ponto, por cada repetição realizada com sucesso no Exame 2. 0 pontos, se o jogador não conseguir completar o desafio em nenhum dos exames. - Itens 5 a 14: Jogar com um dado e cotação obtida, até um máximo de 7 pontos.	

Sujeito

Item	Ângulo	Exame 1	Exame 2	Resposta	Pontuação	1	2	3	4	5	6	7
1	30°			S N	0	1	2					
2	30°			S N	0	1	2					
3	30°			S N	0	1	2					
4	30°			S N	0	1	2					
5	60°			S N	0	1	2					
6	80°			S N	0	1	2					
7	60°			S N	0	4	5	6	7			
8	60°			S N	0	4	5	6	7			
9	60°			S N	0	4	5	6	7			
10	120°			S N	0	4	5	6	7			
11	120°			S N	0	4	5	6	7			
12	120°			S N	0	4	5	6	7			
13	120°			S N	0	4	5	6	7			
14	120°			S N	0	4	5	6	7			

Examinador: _____ Pontuação Total Cubos (Máximo = 62): _____

Propriedade de 1997 by the U.S. Patent and Trademark Office. All rights reserved. This is a U.S. Patent and Trademark Office registered trademark. All other trademarks are the property of their respective owners.

Anexo 5: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982/1993; versão Portuguesa Canavarro, 1999)

B 5 I

L. R. Derogatis (1993)
Versão Port.: M. C. Canavaro (1995)

NOME: _____ IDADE: _____ anos DATA: 200__ / ____ / ____

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam.

Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma, marque apenas uma cruz, no quadrado correspondente. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Mais do que muitas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmãos ou tonturas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que as outras são culpadas pela maioria dos seus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou em praças públicas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Falta de apetite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não consegue controlar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho, mesmo quando está com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encurtamento ou formigueiro) no corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Sentir falta de forças em partes do corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão e aflição.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou fazer mal a alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio de multidões, como em lojas, cinemas ou assembleias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula na sua cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS

Anexo 6: Qualidade de Vida (QOL; Olson & Barnes, 1982; versão reduzida Portuguesa de Almeida, Cunha & Relvas, 2013)

QUALIDADE DE VIDA

Formulário para Adultos

(David H. Olson & Howard L. Barnes, 1982)

Versão Portuguesa de S. Almeida, D. Cunha & A. P. Relvas, 2013

Instruções:

Leia a lista de “possibilidades de resposta” uma de cada vez. Em seguida, decida acerca da forma como se sente em relação a cada uma das questões. De acordo com o seu grau de satisfação, assinale com uma (x) a classificação mais indicada (1,2,3,4, ou 5) à frente do tópico em questão. Obrigado.

<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM?</u>	1. Insatisfeito	2. Pouco Satisfeito	3. Geralmente Satisfeito	4. Muito Satisfeito	5. Extremamente Satisfeito
1. A sua família					
2. O seu casamento					
3. Os seus amigos					
4. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)					
5. A sua própria saúde					
6. Espaço para as suas próprias necessidades					
7. Quantidade de tempo livre					
8. Tempo para si					
9. Tempo para a família					
10. Tempo para a lida da casa					
11. A qualidade dos filmes					
12. A qualidade dos jornais e revistas					
13. As escolas na sua comunidade					
14. Condições oferecidas pela sua comunidade para fazer as suas compras quotidianas					
15. A segurança na sua comunidade					
16. O seu nível de rendimento					
17. Dinheiro para as necessidades familiares					
18. A sua capacidade para lidar com dificuldades financeiras					
19. Nível de poupança					

20. Dinheiro para futuras dificuldades da família					
---	--	--	--	--	--

Anexo 7: Iowa Gambling Task (IGT; Bechara et al., 1994; Areias et al., 2008)

Iowa Gambling Task

Instruções

No écran estão quatro baralhos de cartas: 1, 2, 3 e 4.



Baralho 1



Baralho 2



Baralho 3



Baralho 4

Escolha uma carta (de cada vez) de um dos quatro baralhos, seleccionando e carregando com a tecla esquerda do rato o botão que está por baixo do baralho. É absolutamente livre para escolher as cartas que quiser e para se desviar de um baralho para outro em qualquer momento, e tão frequentemente quanto quiser.

Sempre que escolher uma carta vai ganhar algum dinheiro. No entanto, algumas cartas também vai perder dinheiro. O objectivo do jogo é ganhar o máximo dinheiro possível e se não conseguir ganhar, então perder. O seu saldo vai sendo constantemente actualizado à medida que realiza a tarefa. Não se sabe quando, nem quanto dinheiro vai ganhar. Vai descobrir à medida que for avançando.

Não tente saber quando acaba o jogo. Deve manter-se a jogar até o computador parar. É importante saber que tal como num jogo de cartas verdadeiras, o computador não modifica a ordem das cartas depois de o jogo começar. Pode não ser capaz de perceber exactamente quando vai perder dinheiro, mas o jogo é honesto. O computador não faz perder dinheiro ao acaso, mas em função da carta escolhida. Tudo o que se pode dizer é que alguns baralhos são piores do que outros, independentemente do que tenha perdido, ainda pode ganhar mantendo-se afastado dos baralhos piores. Por favor, trate o dinheiro deste jogo como se fosse real, e toda a decisão deve ser tomada como se estivesse a usar o seu próprio dinheiro.

Inicia o jogo com 2000 euros. Carregue em "Começar" para iniciar.