



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Jéssica Filipa E Silva Nunes

**REFORMA E REFORMA ANTECIPADA POR
INVALIDEZ: UM ESTUDO COMPARATIVO DO
PERFIL DE FUNCIONAMENTO
NEUROPSICOLÓGICO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicogerontologia Clínica, orientada pela Professora Doutora Maria Manuela Pereira Vilar e pela Doutora Liliana B. Sousa e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2021

Agradecimentos

Esta dissertação de Mestrado é o culminar de cinco anos de aprendizagem e de um ano atípico, mas que me ensinou mais do que qualquer outro. É, também, o fim de uma etapa e com isto vem também o momento de agradecer a quem me ajudou a chegar aqui.

O primeiro agradecimento a mencionar não podia deixar de ser para os meus pais que me permitiram seguir o meu sonho de criança, apoiando-me sempre incondicionalmente.

À minha irmã, que é o meu maior exemplo de força de vontade e a maior luz de positividade na minha vida. Agradeço principalmente a educação que me transmitiu e a presença assídua em todos os marcos que atingi na minha vida, que sem ela, não fariam sentido.

A todos os professores que me acompanharam nestes cinco anos e pelos quais tenho a maior admiração, em particular à Professora Doutora Maria Manuela Vilar por me ter motivado a ser a melhor versão académica de mim e pela amizade transmitida e também à Doutora Liliana Sousa que me mostrou, tão bem, a prática desta profissão e partilhou comigo o seu conhecimento ajudando-me a adquirir capacidades novas e melhorar as existentes, sempre com dedicação.

A todos os colegas de curso que me acompanharam, direta ou indiretamente, nestes anos e com quem partilhei diversos momentos de alegria e aprendizagem. Em especial à Rita e à Mariana, palavras não chegam, obrigada pela amizade sem fim.

Ao meu João. Por me ter guiado e ter sido a maior fonte de apoio que eu podia pedir. Pela paciência e disponibilidade que sempre demonstraste, mas principalmente, pelo amor e carinho que me transmites.

Por último, mas certamente não menos importante, a todas as pessoas que se disponibilizaram para contribuir direta ou indiretamente para este estudo o meu mais sincero obrigada.

Resumo

Introdução: O progressivo envelhecimento populacional contribui, de forma particular, para o agravamento do risco intrínseco à sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social. Neste âmbito, coloca-se a questão da reforma e da reforma antecipada por invalidez, incluindo contributos da avaliação (neuro)psicológica para a compreensão de perfis de funcionamento e suporte à tomada de decisão, no caso de pedidos de reforma antecipada, bem como no delineamento de processos de intervenção psicológica.

Objetivos: O presente estudo pretende caracterizar perfis (neuro)psicológicos obtidos na avaliação realizada com sujeitos reformados e compará-los com perfis de funcionamento previamente estabelecidos em sujeitos que realizaram um pedido de reforma antecipada por invalidez (independentemente da resposta positiva/negativa a esse pedido), visando esclarecer especificidades de funcionamento deste último grupo.

Métodos: Foi recrutada uma amostra de reforma (N=11) e retomada uma amostra de reforma antecipada por invalidez (N=14), ambas de conveniência. O protocolo de avaliação inclui instrumentos de rastreio cognitivo (ACE-R), de perfil neurocognitivo (TMT A & B, FVF e FVS, FCR, Listas de Palavras I e II/WMS-III, Código e Memória de Dígitos/WAIS-III), de perfil socio-emocional (BSI, BDI-II e ICAC), de capacidade funcional (IAFAI) e de validade de desempenho (Rey 15-IMT).

Resultados: No padrão de perfil de funcionamento destacam-se os resultados dos domínios emocional e da capacidade funcional, com o grupo de reforma antecipada por invalidez a apresentar, com diferença estatística significativa, resultados que evidenciam alterações/défices. É de destacar, ainda, um padrão de défice em termos de velocidade de processamento, evolução de aprendizagem e recuperação de informação verbal com recurso a pistas (reconhecimento).

Conclusões: Este estudo permitiu uma melhor compreensão das diferenças de perfis entre sujeitos que pedem reforma antecipada e sujeitos que passam pelo processo de reforma normal. Evidencia, no entanto, algumas limitações, incluindo tamanho da amostra, recolha de dados de caracterização de história relevante, colocando a exigência de continuação de estudos nesta temática.

Palavras-chave: Reforma, Reforma antecipada por invalidez, Perfil Neuropsicológico, Avaliação Neuropsicológica, Intervenção Psicológica

Abstract

Introduction: The progressive population aging contributes to the aggravation of the intrinsic risk to the sustainability of health and social security systems. In this context, the issue of retirement and early retirement due to disability is raised, including contributions from (neuro)psychological assessment to the understanding of functioning profiles and support for decision-making, in the case of early retirement requests, as well as in the design of psychological intervention processes.

Objectives: The present study intends to characterize (neuro)psychological profiles obtained in the evaluation carried out with retired subjects and compare them with previously established functioning profiles in subjects who applied for early retirement due to disability (regardless of the positive/negative response to that request), aiming to clarify specifics of functioning of this last group.

Method: A retirement sample (N=11) was recruited and a sample of early retirement due to disability (N=14), both of convenience. The assessment protocol includes cognitive screening instruments (ACE-R), neurocognitive profile (TMT A & B, FVF and FVS, FCR, Word Lists I and II/WMS-III, Code and Digit Memory/WAIS-III), socio-emotional profile (BSI, BDI-II and ICAC), functional capacity (IAFAI) and performance validity (Rey 15-IMT).

Results: In the pattern of functioning profile, the results of the emotional and functional capacity domains stand out, with the group of early retirement due to disability presenting, with a statistically significant difference, results that show changes/deficits. deficit in terms of processing speed, learning evolution and verbal information retrieval using clues (recognition).

Conclusions: This study allowed for a better understanding of the differences in profiles between subjects requesting early retirement and subjects undergoing the normative reform process. It highlights, however, some limitations, including sample size, collection of relevant history characterization data, placing the demand for further studies on this subject.

KEYWORDS: Retirement, Early Retirement Due to Disability, Neuropsychological Profile, Neuropsychological Assessment, Psychological Intervention

Índice

Introdução.....	8
1. Enquadramento Teórico	11
1.1 Legislação portuguesa referente à reforma e à reforma antecipada por invalidez.....	11
1.2 Fatores e motivos relacionados ao pedido de reforma antecipada/reforma antecipada por invalidez	12
1.3 A importância da intervenção e da avaliação neuropsicológica no âmbito da reforma e do pedido de reforma antecipada por invalidez	14
1.4 Estudos portugueses sobre a reforma antecipada por invalidez	15
2. Objetivo.....	17
3. Metodologia	17
3.1 Participantes.....	17
3.2 Instrumentos e Procedimentos.....	18
3.3 Análise Estatística	19
4. Resultados	19
4.1. Caracterização da amostra	19
4.2 Análise dos perfis cognitivos.....	20
4.2.1. Rastreo cognitivo	20
4.2.2 Domínios neurocognitivos	21
4.2.3 Domínio Socio-emocionais.....	22
4.2.4 (In)Capacidade Funcional	23
4.2.6 Validade de Desempenho	23
5. Discussão	24
6. Conclusão	27
7. Bibliografia	29
ANEXOS.....	32
ANEXO I – Protocolo de avaliação neuropsicológica.....	33
Anexo II – Classificação dos resultados do rastreo cognitivo (ACE-R): reforma antecipada (n=14).....	35
Anexo III – Classificação dos resultados do rastreo cognitivo (ACE-R): reforma normativa (n=11).....	35
Anexo IV – Classificação dos resultados do domínio Neurocognitivo (LP I e II, FCR, Mem. Dígitos, Código, TMT A e B, FVF e FVS): reforma antecipada (n=14)	36
Anexo V – Classificação dos resultados do domínio Neurocognitivo (LP I e II, FCR, Mem. Dígitos, Código, TMT A e B, FVF e FVS): reforma normativa (n=11)	38
Anexo VI – Classificação dos resultados do domínio Socio-Emocional (BSI, BDI-II, ICAC): reforma antecipada (n=14).....	40
Anexo VII – Classificação dos resultados do domínio Socio-Emocional (BSI, BDI-II, ICAC): reforma normativa (n=11)	42
Anexo VIII – Classificação dos resultados do domínio (In)Capacidade Funcional (IAFAI): reforma antecipada (n=14).....	43
Anexo X – Classificação dos resultados De Validade de Desempenho (15-IMT): reforma antecipada (n=14)	44
Anexo XI – Classificação dos resultados De Validade de Desempenho (15-IMT): reforma normativa (n=11)	44

Anexo IX – Classificação dos resultados do domínio (In)Capacidade Funcional (IAFAI):
reforma normativa (n=11) 44

Introdução

Cabral e Ferreira (2014) referem o aumento contínuo da totalidade de pessoas idosas, nas últimas décadas do século passado, como motivo para que se considere o envelhecimento como um dos problemas fulcrais do século XXI, transformando comunidades em sociedades envelhecidas. Este aumento da população com mais de 65 anos provém, em Portugal, da diminuição da natalidade, conjugada com o aumento da esperança média de vida, assim como da emigração acentuada das décadas de 1960 e 1970. Este aumento do envelhecimento da população contribui, de forma particular, para o agravamento do risco intrínseco à sustentabilidade dos sistemas de saúde e da segurança social, devido à discrepância entre ativos e não ativos; ou seja, o rendimento proveniente da população ativa não é suficiente para cobrir os valores das pensões da população não ativa, obrigando a uma revisão dos apoios sociais e económicos em que assentam estes sistemas (Cabral & Ferreira, 2014).

A reforma é, para a maioria das pessoas, vista como um marco que se transpõe no fim da atividade profissional originando uma mudança social entre o trabalho e o que passará a ser um tempo de repouso/lazer. Este marco não é, no entanto, visto por toda a gente que o atinge como algo positivo. Enquanto, para uns, pode ser vista como uma oportunidade de desapego da responsabilidade e pressão sentida quando ativos profissionalmente, para outros, pode ser sentida como o fim do seu investimento pessoal e/ou social (Loureiro, 2011, como citado em Dores, 2013), tendo em conta que a percecionam como um período de inatividade podendo gerar mal-estar físico, social e/ou psicológico.

Denominamos de pensão de velhice ou reforma, ao valor pago mensalmente a beneficiários do regime geral de Segurança Social, quando atingida a idade estipulada por lei e que tenham cumprido o prazo de descontos mínimos para tal (Dores, 2013).

Porém, estão previstas outras modalidades de obtenção de reforma. A reforma antecipada pode definir-se como a obtenção da pensão de velhice antes da idade estabelecida por lei para efetuar tal pedido, sendo que pode ou não sofrer penalizações no valor total recebido. De acordo com a lei nacional, todos os cidadãos que tenham idade igual ou superior a 60 anos de idade e que possuam – pelo menos – 40 anos de carreira contributiva podem ter acesso à reforma antecipada (independentemente da idade aquando dos 40 anos de contribuições) e, também, desempregados de longa duração com 62 ou mais anos com pelo menos 15 anos de carreira contributiva (Economias, 2020). No entanto, estas pensões podem sofrer 2 tipos de penalizações dividindo-se num fator de redução – sofrendo um corte de 0.5% por cada mês que falta para atingir os 66 anos e 6 meses de idade – e ainda um fator de sustentabilidade que implica um corte de 15.5% (Economias, 2020).

Em Portugal está também prevista a possibilidade de antecipação de reforma por motivos de invalidez, quando provada a incapacidade relativa ou absoluta para o trabalho (Centro Nacional de Pensões, 2021).

O papel do psicólogo na transição para a reforma pode ser bastante importante pois, como referido anteriormente, alguns idosos podem não sentir a chegada ao marco que é a idade da reforma como algo positivo e necessitam de apoio psicológico, por exemplo. Para além disso, em Portugal, para a obtenção de reforma antecipada por invalidez, como referido, é necessária a provação da incapacidade permanente para o trabalho por uma Junta Médica (certificação pelo Sistema de Verificação de Incapacidade). Esta provação advém de uma avaliação do estado físico e mental, a que os sujeitos devem ser submetidos para determinação da capacidade ainda apresentada para o trabalho (Dores, 2013). Destaca-se aqui o papel do psicólogo e da avaliação (neuro)psicológica, que tem vindo a ser um dos fatores relevantes de ajuda/sustentação na tomada de decisão da Junta Médica, tendo em conta que é fornecido um relatório (neuro)psicológico evidenciando o perfil de funcionamento integrativo (incluindo os domínios cognitivo, emocional/socioafetivo, personalístico, de funcionalidade e validade de resposta), permitindo esclarecer, de forma específica, a questão da (in)capacidade para o trabalho. Esta avaliação deve ser feita de forma imparcial e detalhada para que seja possível obter resultados para os domínios/funções mais importantes e, conseqüentemente, compreender/integrar a informação que esses resultados nos podem transmitir, visando contribuir para a tomada de decisão, no que concerne a obtenção/não obtenção da reforma antecipada por invalidez.

A presente Dissertação visa ser um contributo para a compreensão do fenómeno da reforma antecipada por invalidez, nomeadamente, a partir da comparação de perfis de funcionamento (neuro)psicológico de uma amostra constituída por pessoas que solicitaram pedido de reforma antecipada por invalidez e de um grupo de reforma normal, bem como elaborar linhas de reflexão para a eventual intervenção psicológica com estes grupos.

Inicialmente, será feito um enquadramento teórico para melhor compreensão da temática, incluindo a legislação portuguesa no que concerne a reforma e o pedido de reforma antecipada por invalidez, assim como os fatores associados a esse pedido e à importância da avaliação neuropsicológica (e do psicólogo) neste processo de avaliação. Serão, ainda, resumidos dois estudos relativos ao pedido de reforma antecipada por invalidez, em contexto português, evidenciando os perfis de funcionamento neuropsicológico explorados. Posteriormente será apresentado o estudo desenvolvido presentemente, incluindo os seus objetivos, a metodologia usada, os resultados e respetiva discussão. Por fim, é pretendida uma conclusão crítica acerca do

estudo implementado, evidenciando potencialidades e limitações e indicações/sugestões para futuras investigações.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Legislação portuguesa referente à reforma e à reforma antecipada por invalidez

Nacionalmente, a idade legal para obtenção de pensão de velhice é de 66 anos e 6 meses independentemente dos anos descontados desde que se tenham cumprido 15 anos civis (seguidos ou interpolados) com registo de remunerações ou, no caso de beneficiário abrangido pelo seguro social voluntário, 144 meses com registo de remunerações (Portaria nº30/2020, de 31 de Janeiro). No entanto, é possível a obtenção da reforma antecipada consoante os motivos apresentados na lei. Não obstante de penalizações, os cidadãos que tenham 60 ou mais anos de idade e que possuam, no mínimo, 40 anos de carreira contributiva podem ter acesso à reforma antecipada, assim como desempregados de longa duração e que tenham 62 ou mais anos com uma carreira contributiva de pelo menos 15 anos (as penalizações podem variar consoante as particularidades da situação como, por exemplo, a idade, tempo de desemprego). Também os funcionários públicos podem pedir a reforma antecipada, desde que tenham 50 anos de idade ou carreira contributiva de 30 anos. As profissões consideradas desgastantes ou penosas são ainda outro fator facilitador no pedido de reforma antecipada, se se observar descontos durante 15 anos – seguidos ou não - para a Segurança Social ou outro sistema de proteção social. No entanto, para cada profissão, as condições de acesso ao pedido divergem tendo em conta a idade e anos de contribuições – algumas profissões consideradas desgastantes são: pilotos, mineiros, pescadores e comércio marítimo, controladores de tráfego aéreo, entre outras (Economias, 2020).

Relativamente às reformas antecipadas por invalidez, o Centro Nacional de Pensões (2021) refere/prevê um apoio mensal monetário apenas para cidadãos que apresentem baixa médica há mais de 1095 dias ou sujeitos com incapacidade permanente para o trabalho. Esta incapacidade é determinada através da avaliação de vários fatores, sendo eles o estado geral de saúde, o funcionamento físico, sensorial e mental, as aptidões profissionais, a idade e a capacidade para o trabalho que o sujeito possui. A incapacidade referida – confirmada pelo Sistema de Verificação de Incapacidades - não pode ser de causa profissional para que seja apta para o processo de pedido de reforma antecipada. Pode ser considerada relativa ou absoluta e a avaliação descrita tem como objetivo definir qual o tipo de invalidez presente. Designamos de *invalidez relativa* quando o trabalhador expõe uma incapacidade definitiva e permanente para desempenhar a profissão que está a exercer ou a última que exerceu; quando, na profissão atual, não pode ganhar mais de um terço do ordenado que normalmente ganharia devido à incapacidade; e quando não está prevista

recuperação da capacidade de ganhar mais de 50% do que normalmente ganharia, no prazo de três anos. Comparativamente, na designada *invalidez absoluta*, esta é observada quando o sujeito apresenta incapacidade definitiva e permanente para qualquer trabalho, ou seja, quando não tem capacidade de desempenho para qualquer profissão e quando não se prevê recuperação da capacidade de trabalho até aos 65 anos.

As avaliações de presença ou não de incapacidade relativa/absoluta são lideradas por um médico relator que elabora um relatório médico com base no exame direto do próprio e nos documentos fornecidos pelo utente. Este relatório irá servir como base na deliberação da junta médica responsável pela avaliação da situação, tendo a hipótese de acrescentar novos elementos clínicos complementares ao relatório já fornecido, de pedir avaliação presencial, a observação a um médico consultor da especialidade ou outros profissionais e, ainda, obter meios auxiliares de diagnóstico podendo incluir exames e pareceres especializados considerados necessários (como, por exemplo, um relatório de avaliação (neuro)psicológica). Quando não existe a aprovação do pedido por parte da junta médica, o requerente pode realizar uma junta de recurso onde dispõe de elementos clínicos que não foram considerados na junta médica e que sejam comprovativos de agravamento e podendo integrar um médico de sua confiança na junta (Portal CGA, n.d.).

1.2 Fatores e motivos relacionados ao pedido de reforma antecipada/reforma antecipada por invalidez

Vários autores dividem, quando referindo fatores associados a pedidos de reforma antecipada, a base dos mesmos em fatores *Push* ou *Pull* (Shultz et al., 1998, Stattin, 2005, como citados em De Preter et al., 2013). Esta divisão pode ser considerada, sinteticamente, entre um conjunto de fatores “positivos” e um de “negativos”, ou seja, no primeiro teríamos os fatores *Pull* que são definidos como fatores externos ao indivíduo, apelando a um pedido de reforma antecipada voluntário – pode tratar-se de questões financeiras, de um maior tempo de lazer, entre outros; em relação aos fatores *Push* estes seriam os negativos e involuntários, devido a serem fatores que coagem o trabalhador a pedir a reforma antecipada – nesta base a maioria dos casos seria devido a saúde precária ou insatisfação com a profissão, por exemplo. No entanto, mesmo sendo referida como involuntária devido a limitações de escolhas presentes, continua a ser uma escolha do trabalhador. Feldman (1994, como citado em Esteves, 2019) refere ainda quatro pilares influenciadores da decisão do indivíduo no que concerne à continuação ou não no mercado de trabalho. Estes são referentes a: 1) diferenças individuais, como o estado civil, estado de saúde, o historial laboral; 2) circunstâncias

da carreira, como a perda no valor da pensão consoante a idade; 3) fatores organizacionais, como o ordenado atual do trabalhador; 4) fatores externos, como, por exemplo, questões financeiras.

De Preter e colaboradores (2013) referem, ainda, que o motivo para o pedido de reforma antecipada pode também ocorrer a nível institucional quando, por exemplo, o mercado de trabalho se torna mais restrito para sujeitos mais velhos ou o salário para esses trabalhadores não corresponder ao incentivo esperado pelos mesmos, resultando conseqüentemente na diminuição de produtividade dos próprios.

Ao processo de envelhecimento estão inerentes alguns fatores de risco, perdas de papéis, de posição social, perdas afetivas, que podem influenciar negativamente o bem-estar do idoso (como, por exemplo, a morte do cônjuge, problemas de saúde, entre outros) (Dores, 2013). Estes acontecimentos inesperados podem ter um impacto negativo na vida dos sujeitos podendo levar, por exemplo, ao diagnóstico de depressão, sendo esta causadora de uma redução na produtividade e propícia a uma maior necessidade de cuidados de saúde (Karpansalo et al., 2005, como citado em Figueiredo, 2019).

Blekesaune e Skirbekk (2012) desenvolveram um estudo longitudinal para explorar se a personalidade poderia ser também um fator associado à reforma antecipada, devido ao facto de esta integrar características, motivações e comportamentos pessoais nas várias situações ao longo do ciclo vital. Este estudo utilizou o *Big Five Inventory* (Engvik, 1993, como citado em Blekesaune & Skirbekk, 2012) e revelou que um resultado elevado no Neuroticismo poderá levar a um pedido de reforma antecipada, sendo o perfil personalístico associado a um sujeito mais nervoso e preocupado. No entanto, este resultado tornou-se mais claro no género feminino não sendo um fator relevante no género masculino. A personalidade surge, assim, também como um fator relacionado ao pedido de reforma antecipada, mas tendo efeitos distintos considerando a variável género.

No domínio dos problemas de natureza física, este é também um dos motivos para uma reforma antecipada, estando as lesões e incapacidades físicas frequentemente relacionadas com o processo de envelhecimento podendo este perfil, no entanto, variar de pessoa para pessoa (Figueiredo, 2019). Doenças graves (como o cancro), comprometimento funcional (por exemplo, a perda auditiva) e as doenças psicossomáticas (dores no estômago, por exemplo) são alguns fatores tidos em causa na tomada de decisão da reforma antecipada (Feldman, 1994, como citado em Figueiredo, 2019).

O declínio cognitivo é considerado tão inevitável quanto o físico, no processo de envelhecimento. Esta ideia, segundo Belbase e colaboradores (2015), é corroborada

por alterações na organização do cérebro e na sua estrutura, no desempenho em testes de inteligência, de funções cognitivas e na capacidade funcional. No entanto, para além da variabilidade interindividual, há também perfis diferenciados intra-indivíduos, em termos de funcionamento cognitivo. Os mesmos autores referem que, no entanto, nas pessoas idosas com habilidades preservadas os seus cérebros parecerem desenvolver-se de maneira diferente, mudando menos com a idade. Os resultados deste estudo mostraram que existe ainda uma percentagem significativa de idosos que entra na reforma com uma reserva cognitiva bem preservada, mantendo-a ao longo do processo de reforma. Contrariamente, os sujeitos onde a reserva cognitiva é inexistente, têm maior probabilidade de se reformar mais cedo do que a idade dita normal para essa mudança.

1.3 A importância da intervenção e da avaliação neuropsicológica no âmbito da reforma e do pedido de reforma antecipada por invalidez

A reforma é um processo de transição de uma fase da vida onde o tempo é, maioritariamente, ocupado pelo trabalho para uma que se tornará de tempo de lazer e/ou de descoberta e desenvolvimento de interesses. Essa transição pode ter efeitos positivos e/ou negativos em termos de funcionamento psicológico, social e, até, físico do sujeito que passa por esta mudança.

Em termos de intervenção, esta pode ser um fator facilitador nesta mudança para a reforma, como, por exemplo, recorrendo à implementação de um programa especializado. França (2010) refere as principais questões a considerar num programa de preparação para a reforma, explicando que o processo seria facilitado se o futuro reformado percebesse previamente algumas mudanças que iriam ocorrer na sua vida, antes de as mesmas acontecerem (como, por exemplo, a perda de um salário, da relação com os colegas de trabalho e a própria prática do mesmo, mais tempo de lazer, entre outras). Para além disto, iria também ser disponibilizado um conjunto de estratégias para lidar com estes acontecimentos (inevitáveis) ao processo de reforma, ajudando a que o sujeito se mantivesse positivo em relação ao futuro e ativo, pois seria também adquirido, com a intervenção psicológica, um desenvolvimento dos interesses e conhecimento de novos/outros meios para ocupação do tempo que antes era, grandemente, ocupado com o horário de trabalho/as tarefas laborais. Segundo a autora, este acompanhamento pré e pós reforma traria benefícios também no que concerne ao perfil cognitivo do sujeito, pois seria possível a avaliação deste e a realização de estimulação cognitiva no decorrer processo, para que fossem compreendidas as alterações do perfil do sujeito e se percebesse que área(s) deveria(m) ser o foco de

atenção, nestas consultas/sessões. Ainda, tendo em conta que o reformado pode, eventualmente, perder a imagem pessoal que construiu de si mesmo, este acompanhamento psicológico poderá ajudá-lo a reencontrar-se e a aumentar também a sua autoestima o que iria, conseqüentemente, melhorar/potenciar também a sua qualidade de vida.

No referente à avaliação neuropsicológica, especificamente no âmbito do pedido de reforma antecipada por invalidez, é caracterizada por uma abordagem multimétodo sendo um recurso (cada vez mais) reconhecido/necessário na elaboração de perfis de funcionamento, pretendendo facilitar a tomada de decisão relativa à determinação de capacidade ou incapacidade do sujeito para o trabalho (Miller, McIntire, & Lovler, 2011, como citado em Esteves, 2019). Esta avaliação passa pela escolha procedimentos de entrevista, de observação do comportamento e de instrumentos devidamente validados e normalizados, que permitam a determinação de perfis de funcionamento cognitivo, funcional, socioafetivo, emocional e de personalidade. Deve ser considerada a aplicação/utilização de provas de desempenho e de procedimentos de autoavaliação (e de heteroavaliação, sempre que possível). Um protocolo compreensivo permitirá ao avaliador integrar dados de carácter mais objetivo (ex. desempenho) e mais subjetivo (ex. percepção do sujeito), de informação prévia e atual, visando estabelecer um perfil representativo do funcionamento (neuro)psicológico dos sujeitos. Considerando a especificidade do contributo, no âmbito da reforma antecipada por invalidez, devem também ser integrados instrumentos que avaliam a validade de resposta (ex. provas de esforço insuficiente, de validade de sintomas) nas provas realizadas permitindo, assim, obter um perfil completo e fundamentado (Gonçalves et al., 2017; Sousa, 2014).

Bush (2005) remete ainda para a necessidade da exatidão do estado neuropsicológico determinado e para a imparcialidade do avaliador, isto é, o principal objetivo é a precisão do estado observado dos sujeitos, quer os resultados facilitem ou comprometam os interesses do indivíduo.

1.4 Estudos portugueses sobre a reforma antecipada por invalidez

Em Portugal foram, recentemente, realizados dois estudos, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Forense/FPCEUC (cf. Esteves, 2019; Figueiredo, 2019), ambos relacionados com a temática da reforma antecipada por invalidez e perfis de funcionamento (neuro)psicológico. O estudo de Figueiredo (2019) teve como objetivo a elaboração de um perfil descritivo de caracterização dos pedidos de reforma antecipada por invalidez (N=68) dando ênfase a variáveis sociodemográficas e clínicas e em termos de motivos e condições subjacentes ao pedido; e, ainda, a determinação de perfis

neuropsicológicos dos sujeitos. O protocolo de avaliação neuropsicológica incluiu, então, instrumentos de inteligência geral (*Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition/WAIS-III*), de perfil neurocognitivo (*Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised/ACE-R*, *Montreal Cognitive Assessment/MoCA*, *Trail Making Test/TMT A & B*, Fluência Verbal Fonémica/FVF e Semântica/FVS, *Frontal Assesment Battery/FAB*, Teste de Barragem de Toulouse-Piéron, Figura Complexa de Rey/FCR, Listas de Palavras I e II da *Wechsler Memory Scale-Third Edition/WMS-III* e Memória Lógica I e II/*WMS-III*), de capacidade funcional (Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos/IAFAI), emocional e de características da personalidade (*Brief Symptom Inventory/BSI*, *Beck Depression Inventory-III/BDI-II*, *State-Trait Anxiety Inventory – Y/STAI-Y*, *Eysenck Personality Questionnaire-Revised/EPQ-R*, *NEO Five-Factor Inventory/NEO-FFI* e Inventário Clínico de Autoconceito/ICAC) e de validade de desempenho (*Rey-15 Item Memory Test/Rey 15-IMT* e Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne) – considerando o protocolo do presente estudo retomarei estas medidas podendo ser observadas mais detalhadamente na secção *Procedimentos e Instrumentos* e as referências bibliográficas estão presentes no ANEXO I. Do padrão de perfil de funcionamento destaca-se: a inteligência pré-mórbida de valores predominantemente médios; um défice nas funções executivas e atencionais complexas, memória de trabalho capacidade visuoespacial; um défice em termos de capacidade funcional (de natureza emocional e cognitiva, predominantemente); a presença de sintomatologia clinicamente significativa (severa) e a probabilidade de existência de psicopatologia, nomeadamente, depressão e ansiedade; Neuroticismo elevado e baixa Extroversão, em termos de características de personalidade; e não parecendo haver evidência de desejabilidade social e/ou de esforço insuficiente, a interferir no perfil de resultados obtidos (cf. Figueiredo, 2019).

O estudo de Esteves (2019) é um *follow-up* do estudo referido anteriormente, visando uma comparação de perfis de funcionamento obtido numa primeira avaliação (estudo de Figueiredo, 2019) e em avaliação posterior, pretendendo avaliar eventuais diferenças nos perfis observados em função da obtenção ou não obtenção da reforma antecipada (N=14). O protocolo de avaliação neuropsicológica incluiu os seguintes domínios e instrumentos: rastreio cognitivo (ACE-R), perfil neurocognitivo (TMT A & B, FVF e FVS, FCR, Listas de Palavras I e II/WMS-III, Código e Memória de Dígitos/WAIS-III), de capacidade funcional (IAFAI) e de validade de desempenho (Rey 15-IMT). Neste estudo, sobressaiu a variabilidade e heterogeneidade em termos de resultados, quer no grupo que obteve, quer no que não obteve reforma. A escolaridade surge como uma variável protetora, atenuando o declínio cognitivo. A nível da capacidade funcional, não foram encontradas diferenças em função da obtenção ou não obtenção de reforma, uma

vez que todos os sujeitos obtêm resultados maioritariamente inferiores à média (cf. Esteves, 2019).

Os resultados do estudo de Esteves (2019) evidenciaram, ainda, uma manutenção e/ou melhoria de desempenho. Esta diferença de amostras compeliu a uma análise qualitativa dos perfis em função da obtenção ou não obtenção da reforma antecipada levando à observação de que, no grupo que não obteve reforma antecipada o desempenho médio é preeminente apenas com um ligeiro aumento de pontuações no resultado global do ACE-R, contrariamente ao grupo que obteve reforma onde as funções executivas e visuoespacial surgem mais afetadas. Ainda, em ambos os grupos, se revela um declínio a nível da capacidade visuoespacial/visuoconstrutiva, da memória visual, capacidades visuomotoras e planificação e resolução de problemas observadas no resultado inferior na Figura Complexa de Rey, tanto nos ensaios de cópia como na evocação.

2. Objetivo

O presente estudo visa contribuir para a compreensão da problemática da reforma antecipada por invalidez, retomando os perfis obtidos por Esteves (2019). Partiremos, assim, da caracterização do perfil (neuro)psicológico obtido na avaliação realizada a sujeitos reformados e sua comparação com o perfil de funcionamento estabelecido em sujeitos que realizaram um pedido de reforma antecipada por invalidez, (independentemente da resposta positiva/negativa a esse pedido), visando esclarecer especificidades de funcionamento deste último grupo.

3. Metodologia

3.1 Participantes

No presente estudo foi recrutada uma amostra da comunidade (N=11), obtida através de um método de amostragem não probabilística (por conveniência). Esta amostra foi recolhida em Portugal Continental durante o presente ano (2021), sendo que os participantes apresentam intervalos de tempo de reforma variando entre 1 e 20 anos (M=; Dp=). Convém enfatizar que a situação de pandemia COVID-19 impossibilitou que se efetuassem novas reavaliações de casos de pedido de reforma antecipada por invalidez, tendo também afetado o N passível de ser recrutado para integrar a amostra de reformados. Foi também utilizada/retomada a amostra de pedido de reforma antecipada por invalidez (N=14), referente ao estudo de Esteves (2019).

3.2 Instrumentos e Procedimentos

Aos participantes do presente estudo foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados recolhidos, para efeitos de investigação, tendo sido obtido o consentimento informado de todos os participantes.

O protocolo de avaliação incluiu instrumentos de avaliação psicológica com o objetivo de avaliar os principais domínios cognitivos, emocional/afetivo, capacidade funcional e validade de desempenho, no sentido de possibilitar a comparação com os perfis da amostra prévia dos pedidos de reforma antecipada por invalidez. Assim, para a escolha dos instrumentos, foram considerados os protocolos utilizados previamente (cf. Esteves, 2019; Figueiredo, 2019).

O processo de recolha de dados iniciou-se através de uma entrevista semiestruturada/questionário sociodemográfico, baseado no questionário utilizado previamente, sendo acrescentadas apenas questões relativas ao tempo/período de reforma e duas questões relativas à situação pandémica que estamos a ultrapassar e que foram consideradas pertinentes para o presente estudo. Num segundo momento, foi aplicada uma bateria de instrumentos/testes psicométricos que avaliam diversos domínios do funcionamento neuropsicológico (ANEXO A), a saber: i) rastreio cognitivo: foi aplicado o ACE-R, obtendo-se resultados globais (incluindo a pontuação global do MMSE) e mais específicos dos domínios atenção e orientação, memória, funções executivas, linguagem e visuoespacial; ii) funções neurocognitivas com recurso ao TMT A & B (visando avaliar a exploração visuomotora, atenção dividida, velocidade de processamento e flexibilidade cognitiva); FVF e FVS (permitindo avaliar linguagem, memória, funções executivas e a capacidade de produção de palavras sob condições restritas de busca); FCR (para a memória visual, planificação e resolução de problemas, capacidades visuomotoras e visuoespaciais e atenção); subteste Listas de Palavras I e II da WMS-III (para a memória auditiva imediata e diferida, potencial de aprendizagem, reconhecimento e retenção); subtestes Código e Memória de Dígitos da WAIS-III (para avaliação da atenção e velocidade de processamento); iii) perfil emocional/socioafetivo, com recurso ao BSI (para o perfil psicopatológico, permitindo obter um índice geral de sintomas, um total de sintomas positivos e um índice de sintomas positivos e, ainda, as dimensões somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo); BDI-II (para determinar a existência ou não de sintomatologia depressiva e a sua gravidade); ICAC (para avaliar o autoconceito geral e os fatores específicos aceitação/rejeição social, autoeficácia, maturidade psicológica e impulsividade/atividade); iv) domínio da capacidade funcional, com recurso ao IAFAI (incapacidade física, cognitiva e/ou emocional, bem como indicador global, de

atividades básicas de vida diária, atividades instrumentais de vida diária - familiares e/ou avançadas); por último, (v) validade de desempenho, com recurso ao Rey 15-IMT (enquanto medida de esforço insuficiente).

3.3 Análise Estatística

Para proceder à análise dos dados foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, v.25.0). Foram realizadas análises estatísticas descritivas, nomeadamente frequências/percentagens, médias, desvios-padrão e amplitudes. Para a comparação entre os perfis obtidos neste estudo e os obtidos no estudo de Esteves (2019), e dada a dimensão amostral reduzida, foi utilizado o teste não paramétrico de U de Mann-Whitney considerando-se um valor de $p < .05$ para a significância estatística. Para o tamanho do efeito, foi considerado o indicador Z/\sqrt{N} (com valores de .10 ou inferiores evidenciando magnitude irrisória, de .11 a .29. fraca, de .30 a .49, moderada e de .50 ou superior, forte) (Cohen, 1988).

4. Resultados

4.1. Caracterização da amostra

O estudo referente ao *follow-up* da amostra de pedido de reforma antecipada por invalidez (estudo de Esteves, 2019), integrou uma amostra da comunidade, obtida por conveniência (N=14) sendo 6 do género masculino (42.9%) e 8 do género feminino (57.1%), com idades compreendidas entre os 56 e os 67 anos (M= 60.93; DP= 3.269). Quanto à escolaridade, 7 sujeitos concluíram o ensino superior (50%), 2 terminaram o ensino secundário (14.3%), 4 completaram o 2º e 3º ciclos (28.6%) e 1 concluiu o 1º ciclo (7.1%). Relativamente à natureza do pedido, foram registados maioritariamente motivos de natureza emocional (64.3%), seguindo-se os motivos de natureza física (21.4%), sendo os motivos de natureza cognitiva os menos frequentes nesta amostra (14.3%).

A amostra de reforma recolhida para o presente estudo (processo normal de reforma) é constituída por 11 sujeitos, dos quais 9 são do sexo masculino (81.82%) e 2 são do sexo feminino (18.18%). Os sujeitos têm idades compreendidas entre os 64 e os 80 anos de idade (M=71.64; DP= 5.519). Quanto à escolaridade, 5 sujeitos concluíram o 1º, 2º ou 3º ciclo (45.45%) sendo que 3 concluíram o secundário (27.27%), 2 obtiveram uma licenciatura (18.18%) e 1 dos sujeitos completou um Mestrado (9.09%). Por último, quanto ao tempo de aposentação registado, varia entre 1 e 20 anos de reforma (M= 10.64; DP=6.622) (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra (N=11): Variáveis sociodemográficas

	Variáveis	Reforma antecipada (n=14)			Reforma normativa (n=11)		
		N(%)	M (DP)	Min - Máx	N(%)	M (DP)	Min - Máx
Gênero	<i>Masculino</i>	6 (42.9%)			9 (81.82%)		
	<i>Feminino</i>	8 (57.1%)			2 (18.18%)		
Idade			60.93 (3.269)	56 - 67		71.64 (5.519)	64 - 80
Escolaridade	<i>1º, 2º e 3º ciclo</i>	5 (35.7%)			5 (45.45%)		
	<i>Ensino secundário</i>	2 (14.3%)			3 (27.27%)		
	<i>Ensino superior</i>	7 (50%)			3 (27.27%)		
Tempo de aposentação					10.64 6.622)		1 - 20

4.2 Análise dos perfis cognitivos

4.2.1. Rastreio cognitivo

No referente aos dados de rastreio cognitivo, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre as amostras estudadas, quer na pontuação global, quer nas pontuações nos domínios específicos e na pontuação derivada do MMSE (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Comparação dos resultados de reforma antecipada e reforma normativa: Rastreio Cognitivo

	Reforma antecipada (n=14)		Reforma normativa (n=11)		Z (p-value)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
<i>ACE-R Total</i>	44 – 93	79.71 (13.315)	66 – 93	83.82 (8.010)	- .658 (.526)
<i>Atenção / Orientação</i>	15 – 18	17.36 (1.008)	17 – 18	17.64 (0.505)	- .354 (.728)
<i>Memória</i>	12 – 24	18.36 (4.088)	12 -25	20.64 (4.501)	-1.430 (.159)
<i>Funções executivas</i>	3 – 13	8.21 (2.833)	5 – 13	8.64 (2.335)	- .359 (.735)
<i>Linguagem</i>	18 – 26	24.50 (2.378)	19 – 26	24.36 (2.014)	- .749 (.475)
<i>Visuoespacial</i>	9 – 16	14.07 (2.056)	11 – 16	13.18 (1.537)	-1.588 (.118)
<i>MMSE</i>	23 – 30	27.29 (2.091)	21 – 29	25.36 (2.501)	-1.936 (.054)

Assim, não existe diferença significativa entre os resultados dos sujeitos que realizaram o pedido de reforma antecipada e os dos sujeitos que entraram no processo de reforma normal. No entanto, é possível observar médias mais elevadas no grupo de reforma normal em alguns domínios/parâmetros como total do ACE-R (M=83.82; DP=8.010), no domínio da atenção/orientação (M=17.64; DP=0.505), no domínio da memória (M=20.64; DP=4.501) e nas funções executivas (M=8.64; DP=2.335). Contrariamente, os sujeitos que realizaram o pedido de reforma antecipada, obtêm médias superiores nos domínios da linguagem (M=24.50; DP= 2.378), no visuoespacial (M= 14.07; DP=2.056) e no MMSE (M=27.29; DP=2.091). De notar que, no que concerne o resultado total do ACE-R, 72.7% dos sujeitos do grupo de reforma apresentam resultados médios, em contraponto a 50% do grupo de reforma antecipada por invalidez (cf. ANEXOS II e III).

4.2.2 Domínios neurocognitivos

Relativamente aos domínios neurocognitivos, apenas se observam diferenças na tarefa de aprendizagem do subteste Listas de Palavras I ($M_1=8.14$; $DP_1=2.568$; $M_2=11.10$; $DP_2=3.178$; $Z=-2.249$; $p<.05$), no reconhecimento do subteste Listas de Palavras II ($M_1=7.14$; $DP_1=2.445$; $M_2=10.70$; $DP_2=3.713$; $Z=-2.695$; $p<.01$) e na tarefa de Código ($M_1=10.20$; $DP_1=3.114$; $M_2=15.64$; $DP_2=4.801$; $Z=-2.334$; $p<.05$), com os sujeitos do grupo de reforma normal a obter resultados mais elevados (cf. Tabela 3).

Tabela 3. Comparação dos resultados de reforma antecipada e reforma normativa: Domínio Neurocognitivo

	Processo reforma antecipada (n=14)		Reforma normativa (n=11)		Z (p-value)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
TMT					
A (tempo)	21 – 104	48.57 (20.806)	18 – 98	47.27 (23.660)	-.027 (.989)
B (tempo)	55 – 199	105.86 (48.964)	41 – 250	131.09 (67.187)	-1.013 (.324)
FV					
Fonémica P+M+R	11 – 47	25.21 (10.743)	7 – 61	31.18 (16.750)	-.932 (.365)
Semântica Animais	6 – 21	13.93 (4.565)	4 – 20	13.45 (4.156)	-.055 (.968)
FCR					
Cópia	23 – 35	29.39 (2.953)	21 – 34	29.10 (4.730)	-.118 (.920)
Evocação	8.5 – 23	15.29 (4.660)	3 – 29	11.55 (7.754)	-1.788 (.076)
LP-I					
Total	6 – 14	9.71 (2.335)	3 – 14	8.70 (3.592)	-1.134 (.269)
1ª Evocação	3 – 13	8.21 (3.191)	4 – 13	8.30 (3.234)	-.383 (.718)
Aprendizagem	4 – 13	8.14 (2.568)	7 – 18	11.10 (3.178)	-2.249 (.024)
Contraste 1	4 – 15	9.50 (3.082)	6 – 17	12.10 (3.178)	-1.707 (.091)
Contraste 2	6 – 14	9.14 (2.282)	2 – 18	10 (4.216)	-.807 (.435)
LP-II					
Evocação	5 – 14	9 (3.063)	6 – 15	9.50 (3.100)	-.473 (.653)
Retenção	5 – 16	10.07 (3.970)	6 – 14	9.10 (3.035)	-.443 (.674)
Reconhecimento	4 – 12	7.14 (2.445)	6 – 20	10.70 (3.713)	-2.695 (.006)
Opcionais					
Código	7 – 14	10.20 (3.114)	5 – 19	15.64 (4.801)	-2.334 (.017)
Memória de Dígitos	6 – 18	13.20 (4.438)	7 – 18	12.09 (3.646)	-.738 (.492)

Relativamente aos parâmetros onde se encontraram diferenças significativas podemos calcular também o tamanho do efeito que se observa moderado na tarefa de aprendizagem (-0.46) e na tarefa de código (-0.47) e forte na tarefa de reconhecimento (-0.55).

Os resultados da tabela 3 mostram-nos um menor potencial de aprendizagem e de reconhecimento (evocação de informação verbal recorrendo a pistas), assim como uma velocidade de processamento mais baixa nos sujeitos que realizaram o pedido de reforma antecipada. (cf. detalhe qualitativo, nos ANEXOS IV e V).

4.2.3 Funcionamento sócio-emocional

Na tabela 4 podemos verificar que existem diferenças significativas em todos os parâmetros do BSI, quer considerando os indicadores globais, quer as dimensões mais especificamente na somatização ($Z=-3.900$; $p<.05$), nas obsessões-compulsões ($Z=-3.895$; $p<.05$), na sensibilidade interpessoal ($Z=-3.432$; $P<.05$), na depressão ($Z=-3.899$; $P<.05$), na ansiedade ($Z=-3.355$; $P<.05$), na hostilidade ($Z=-2.566$; $p<.05$), na ansiedade fóbica ($Z=-3.257$; $P<.05$), no psicoticismo ($Z=-3.139$; $P<.05$), na ideação paranoide ($Z=-2.644$; $p<.05$) e ainda nos parâmetros globais do índice geral de sintomas ($Z=-3.88$; $p<.05$), no total de sintomas positivos ($Z=-3.069$; $p<.05$) e por último no índice de sintomas positivos ($Z=-3.894$; $p<.05$). No instrumento BDI-II também foram observadas diferenças significativas na totalidade dos resultados ($M_1=23.43$; $DP_1=10.173$; $M_2=8$; $DP_2=5.639$; $Z=-3.373$; $p<.05$). Em termos qualitativos (cf. ANEXOS VI e VII), sobressai o padrão tendencial de ajustamento emocional do grupo normativo, em contraponto à alteração emocional e presença de sintomatologia depressiva moderada e grave, no grupo de reforma antecipada. Calculando o tamanho do efeito podemos observar que todas têm um efeito forte, sendo todas são superiores a 0.50.

Tabela 4. Comparação dos resultados de reforma antecipada e reforma normativa: Socio-emocional

	Reforma antecipada (n=14)		Reforma normativa (n=11)		Z (p-value)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
BSI					
Somatização	0.57 – 2.86	1.57 (0.670)	0 – 0.86	0.35 (0.315)	-3.900 (<.001)
Obsessões-Compulsões	1.17 – 3.67	2.50 (0.837)	0.17 – 1.83	0.89 (0.494)	-3.895 (<.001)
Sensibilidade Interpessoal	0.75 – 3	1.96 (0.893)	0 – 2	0.57 (0.633)	-3.432 (<.001)
Depressão	0.50 – 3.17	2.04 (0.767)	0 – 1.33	0.41 (0.495)	-3.899 (<.001)
Ansiedade	0 – 3.17	1.76 (0.987)	0 – 1.33	0.36 (0.394)	-3.355 (<.001)
Hostilidade	0.20 – 3.20	1.37 (0.964)	0 – 1.20	0.51 (0.394)	-2.566 (.009)
Ansiedade Fóbica	0 – 2.40	1.23 (0.779)	0 – 1.60	0.22 (0.485)	-3.257 (.001)
Psicoticismo	0.40 – 2.60	1.49 (0.735)	0 – 1.80	0.44 (0.578)	-3.193 (.001)
Ideação Paranoide	0.20 – 3.20	1.69 (1.010)	0 – 1.60	0.62 (0.562)	-2.644 (.007)
IGS	0.68 – 2.79	1.67 (0.545)	0.02 – 1.47	0.48 (0.413)	-3.888 (<.001)
TSP	26 – 53	40.79 (9.032)	1 – 50	21.82 (15.237)	-3.069 (.001)
ISP	1.40 – 2.79	2.15 (0.423)	0.39 – 1.79	1.19 (0.387)	-3.894 (<.001)
BDI-II	7 – 41	23.43 (10.173)	1 – 18	8 (5.639)	-3.373 (<.001)
ICAC					
ICAC Total	39 – 79	64.79 (11.650)	54 – 89	72.73 (9.759)	-1.508 (.137)
F1 (aceitação/rejeição)	9 – 23	15.71 (4.084)	13 – 28	18.27 (4.315)	-1.324 (.194)
F2 (autoeficácia)	8 – 28	19.21 (5.117)	16 – 26	21.73 (3.133)	-1.238 (.226)
F3 (maturidade psicológica)	9 – 19	14 (3.113)	12 – 18	14.82 (1.940)	-.771 (.456)
F4 (impulsividade-atividade)	7 – 18	11.14 (3.655)	6 – 14	11 (2.324)	-.276 (.797)

4.2.4 (In)Capacidade Funcional

Quanto à (in)capacidade funcional, existem diferenças significativas em todos os parâmetros exceto nas atividades instrumentais de vida diária avançadas e na incapacidade funcional atribuída a causas de natureza emocional, como podemos observar na tabela 5.

Tabela 5. Comparação dos resultados de reforma antecipada e reforma normativa: (in)capacidade funcional

	Reforma antecipada (n=14)		Reforma normativa (n=11)		Z (p-value)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
IAFAI					
<i>IAFAI Total</i>	0 – 20.70	10.25 (7.060)	0 – 6.12	0.92 (1.903)	-3.536 (<.001)
<i>IAFAI ABVD</i>	0 – 16.33	4.18 (4.868)	0 – 6.12	0.7382 (1.88309)	-2.073 (.037)
<i>IAFAI AIVDF</i>	0 – 12.24	4.64 (3.963)	0 – 0	0 (0)	-3.651 (<.001)
<i>IAFAI AIVDA</i>	0 – 6	1.43 (1.829)	0 – 2.04	0.1855 (0.61508)	-2.002 (.058)
<i>IAFAI Físico</i>	0 – 10.87	3.25 (3.559)	0 – 6.12	0.7582 (1.89894)	-2.010 (.047)
<i>IAFAI Cognitivo</i>	0 – 14.58	5.09 (4.974)	0 – 2.17	0.1973 (0.65428)	-3.250 (.001)
<i>IAFAI Emocional</i>	0 - 2	0.14 (0.535)	0 - 28	0 (0)	-1.458 (.151)

Os tamanhos do efeito variam entre fraco no domínio emocional do IAFAI (-0.29), moderado nos domínios das atividades básicas de vida diária (-0.41) e domínio físico do IAFAI (-0,40) e forte na globalidade do IAFAI (-0.71), nas atividades instrumentais de vida diária familiares (-0.73) e no domínio cognitivo (-0.65).

Estes resultados mostram um maior nível de incapacidade funcional por parte dos sujeitos que pediram reforma antecipada e, ainda, podendo observar os resultados qualitativos predominantemente inferiores/muito inferiores, neste grupo (cf. ANEXOS VII e VIII).

4.2.6 Validade de Desempenho

Não foram observadas diferenças significativas no que concerne à validade de desempenho, sendo, na generalidade, resultados normativos permitindo-nos validar os perfis obtidos (cf. Tabela 6). Em anexo encontramos as análises descritivas de cada amostra (cf. ANEXOS IX e X).

Tabela 6. Comparação de resultados de reforma antecipada e reforma normativa: Validade de desempenho

	Reforma antecipada (n=14)		Reforma normativa (n=11)		Z (p-value)
	Min-Máx	M (DP)	Min-Máx	M (DP)	
15-IMT					
<i>Rey Evocação Imediata</i>	7 – 15	12.93 (2.674)	6 – 15	11.73 (2.936)	-1.194 (.245)
<i>Rey Reconhecimento</i>	8 – 30	24.93 (6.799)	12 – 30	21.91 (6.670)	-1.405 (.167)

5. Discussão

O presente estudo tem como objetivo caracterizar e comparar perfis (neuro)psicológicos obtidos na avaliação a sujeitos reformados, em processo de reforma normal, com perfis obtidos por sujeitos que realizaram um pedido de reforma antecipada, visando uma contribuição para melhor compreender a temática da reforma antecipada por invalidez.

Interessantemente não foram encontradas diferenças no rastreio cognitivo entre os sujeitos que pediram reforma antecipada e os que obtiveram a reforma normativamente, ainda que em termos de resultado global se verifique uma assimetria em termos de padrão preservado, mais evidente no grupo de reforma normal. No entanto, surgem diferenças no funcionamento neurocognitivo mais específico, nomeadamente nas tarefas de aprendizagem e reconhecimento do subteste Listas de Palavras da WMS-III (função mnésica verbal) e na tarefa de Código da WAIS-III (velocidade de processamento da informação). Estes resultados, podem ser indicativos de uma interferência do perfil emocional, atendendo ao padrão diferenciado obtido (alteração com significado clínico dos níveis de sintomatologia psicopatológica no grupo de reforma antecipada por invalidez, em contraponto ao padrão mais ajustado do grupo de reforma normal). Pessoa (2009) refere que, atualmente, se pode considerar a cognição e emoção como interdependentes sendo que separar os domínios se torna contraproducente. Além disso, é (re)conhecido o défice cognitivo relacionado com depressão, onde o padrão de funcionamento cognitivo tem na base a problemática emocional (Houston& Bondi, 2006). Curiosamente, a amostra de reforma obtida por via normal é constituída por sujeitos mais velhos e tendencialmente menos escolarizados mas, no entanto, não se observam resultados mais baixos nos testes cognitivos comparativamente à amostra de reforma antecipada (idades mais jovens e maiores níveis de escolaridade que poderiam justificar melhores desempenhos nas medidas cognitivas).

As diferenças significativas surgem de modo vincado no domínio socio-emocional. Podemos afirmar que os dados obtidos mostram a importância de se considerarem as alterações emocionais nos pedidos de reforma antecipada.

Importa salientar, ao observar estes resultados, que o principal motivo do pedido de reforma antecipada foi precisamente de natureza emocional (60.3%), seguido de cognitivo (20.6%) e, por último, os motivos físicos (19.1%) (cf. Figueiredo, 2019; Esteves, 2019). Sendo um fator crucial nos pedidos de reforma antecipada, pode também constituir-se como fator de risco para os sujeitos que não obtêm a aceitação desse pedido, agravando o estado emocional e podendo, ainda, impactar, posteriormente na capacidade funcional e, até mesmo, no funcionamento cognitivo.

Estes resultados permitem, também, a compreensão da importância que o acompanhamento psicológico pode ter em sujeitos que passam pelo processo de reforma – antecipada ou via processo normal. A preparação para a reforma seria importante incidindo na atitude dos mesmos face ao processo reforma. Esta preparação teria como principal objetivo o desenvolvimento de atividades para que os interesses pessoais se mantivessem ao longo da vida e, principalmente, quando deixassem de ter o fator “trabalho” tão presente no seu dia-a-dia. França (2010), refere que este tipo de programas interventivos pode ainda envolver avaliações e acompanhamento, ajudando a perceber investimentos financeiros, descobrir desportos e lazeres, perceber e manter o interesse no setor da política, por exemplo. Afirmando, ainda, que deve ser complementado por uma abordagem e equipa multi e interdisciplinar passando pela sensibilização a esta mudança e acompanhamento da mesma e ajudando na implementação de um programa de preparação para reforma.

Este tipo de preparação pode ser benéfico também para informar o indivíduo dos vários fatores e mudanças que vão, inevitavelmente, aparecer com o processo da reforma e, assim, ajudar a que essas mesmas mudanças não tenham um efeito tão inesperado, estando os indivíduos organizados/preparados para tal. Algumas destas mudanças passam pela questão financeira pois a reforma é seguida, normalmente, pela perda de rendimentos progressivamente mais acentuada. Mas passa igualmente de um envolvimento mais ativo na sociedade para uma situação potenciadora de isolamento social, tratando-se de uma mudança do estilo e qualidade de vida. As relações sociais constituem-se também como uma das problemáticas mais recorrentes nos indivíduos que pensam na reforma, pois existe a possibilidade de um decréscimo das relações interpessoais (Fonseca, 2012).

É de salientar que, mesmo depois da reforma, este acompanhamento se torna importante para a população mais velha, embora com ajustamentos às fases/etapas de vida do sujeito e características específicas dos idosos, como as mudanças cognitivas da personalidade, idade e funcionamento emocional, fatores socio contextuais e mudanças físicas e de saúde (Firmino et al., 2016, p. 399).

A sintomatologia observada está comumente ligada à depressão e ansiedade. A depressão é um problema de saúde importante, afetando pessoas de todas as idades. No entanto, é nas idades mais avançadas que esta sintomatologia acaba por ser mais difícil de diagnosticar tornando-se mais difícil garantir, não apenas a longevidade aos idosos, mas também qualidade de vida, satisfação pessoal e felicidade (Drago, 2011). Interessantemente, neste âmbito e como referido, no que concerne aos pedidos de reforma antecipada, podemos observar que a maioria se deve a questões emocionais, o que pode justificar/enquadrar o padrão de sintomatologia evidenciado.

A nível da funcionalidade, foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos, o que mostra, novamente, uma necessidade de acompanhamento durante o processo de pedido de reforma antecipada e, mesmo que com resultados evidenciando maior preservação nos sujeitos reformados, o acompanhamento pós-reforma, para que se perceba o impacto que pode ter diariamente na vida dos adultos idosos. Seria pertinente, para melhor compreensão destas diferenças, uma entrevista mais alargada. nomeadamente, aos sujeitos com reforma normal, onde seja disponibilizada informação mais detalhada acerca do dia-a-dia dos sujeitos e de possíveis estratégias que os mesmos tenham encontrado para lidar com as exigências de pós-reforma como, por exemplo, o aumento de tempo livre. Quando falamos, por exemplo, de envelhecimento ativo, Cabral e Ferreira (2014) referem que atividades que envolvam exercício intelectual ou físico, promovam o sentido de utilidade, relacionamento com os outros e reconhecimento sociais são benéficas para um envelhecimento saudável físico, mental e emocionalmente.

Este estudo apresenta algumas limitações, como é o caso da amostra reduzida limitando as conclusões que podem ser afirmadas. Uma amostra mais ampla permitiria controlar efeitos de covariação, por exemplo, eventual maior heterogeneidade dos perfis. Também a situação pandémica COVID-19 foi um fator decisivo para a amostra pequena, pois impossibilitou a realização de reavaliações de casos de pedido de reforma antecipada por invalidez, acabando também por afetar o N passível da amostra do presente estudo, por nem sempre as pessoas se disponibilizarem a participar no estudo.

A continuação de investigação nesta temática é importante tendo em conta, não só o aumento da população idosa, mas a relevância que a mesma tem para a área da Psicogerontologia. Sugiro, em estudos futuros, uma amostra mais alargada e heterogénea, pois a amostra presente varia bastante nas variáveis da idade e escolaridade, por exemplo. No entanto, devido ao tamanho da amostra/ amostra reduzida não foi possível implementar análises mais robustas onde seria interessante observar diferenças entre sujeitos que obtiveram ou não a reforma antecipada. Estas sugestões seriam pertinentes para melhor compreensão do impacto que a aceitação ou rejeição do pedido de reforma tem no adulto idoso, quer nas atividades do seu dia-a-dia, quer na cognição e, ainda, no pós reforma quando a resposta ao pedido é positiva (e com relevo, também, para o caso de reforma normal).

6. Conclusão

O presente estudo permitiu observar que os domínios socio-emocional e de capacidade funcional surgem afetados nos sujeitos que passaram pelo processo de pedido de reforma antecipada por invalidez. Contrariamente, no rastreio cognitivo geral, não se observaram diferenças significativas, ainda que os sujeitos da reforma antecipada por invalidez apresentassem predominantemente um perfil de resultados inferiores/muito inferiores.

Estes resultados permitem-nos perceber a importância do acompanhamento pré e pós reforma, principalmente no momento de transição para a saída do mercado de trabalho e para os sujeitos que passam pelo processo de um pedido de reforma antecipada, sem esquecer o acompanhamento diferenciado para quem conseguiu ver o seu pedido aceite e para quem viu o seu pedido ser rejeitado.

O processo da reforma pode ser percecionado de várias formas distintas, no entanto, podemos, em termos globais, obter duas bases de pensamento: 1) pode levar à rutura das redes de suporte familiares e sociais, podendo implicar impactos emocionais caracterizados frequentemente pelo sentimento de solidão; e 2) é o fim de um período de stress causado pelo trabalho e o indivíduo conseguiria preservar a sua saúde a vários níveis (Coe & Zamarro, 2008, p. 77). Relativamente ao primeiro ponto, para que este seja evitado, o reformado deve manter os contactos sociais frequentes e a sua autoestima de modo a continuar a desenvolver-se mental e fisicamente e promovendo o seu bem-estar.

Torna-se pertinente falar também no termo “envelhecimento ativo”, se considerarmos o segundo ponto. Quando falamos de envelhecimento ativo a expressão pode remeter para a vida depois da reforma, no entanto, a aposentação não deve significar o término de toda e qualquer atividade produtiva. Cabral e Ferreira (2014) afirmam que a diminuição de capacidades e do bem-estar psicológico, normalmente associadas a uma degradação do estado de saúde (por exemplo, doenças crónicas), podem ser fatores causadores de dificuldades para um processo envelhecimento ativo. Será, no entanto, expectável que com a afirmação do envelhecimento ativo na vida de um adulto idoso, essa diminuição das capacidades e aumento da dependência de outrem venha a ser adiada, devido, justamente, à participação ativa na sociedade, por parte dos indivíduos. Esta participação é relevante para a própria sociedade e para o próprio sujeito, em termos de desenvolvimento pessoal e potenciando, também, a qualidade de vida do indivíduo.

Por último, é importante referir a importância da Avaliação Neuropsicológica quando operacionalizada num protocolo estruturado, permitindo uma avaliação das diferentes áreas de funcionamento e uma perceção de quais as fragilidades e capacidades dos

indivíduos. Esta importância vem correlacionada com a necessidade de um (neuro)psicólogo, enquanto resposta especializada, incluindo a elaboração de um relatório neuropsicológico, na determinação da aceitação ou rejeição dos pedidos de reforma antecipada. O protocolo usado no presente estudo, como referido em Esteves (2019), pode ser uma base para a precisão e validade dos perfis obtidos e a credibilização da ação/inserção do psicólogo nas equipes de implementação/análise/resposta aos processos de reforma antecipada.

7. Bibliografia

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. Psychological Corporation.
- Belbase, A., Khan, M. R., Munnell, A. H., & Webb, A. (2015). *Slowed or sidelined? The effect of "normal" cognitive decline on job performance among the elderly* (Relatório de Pesquisa/2015). Center for Retirement Research at Boston College.
- Blekesaune, M., & Skirbekk, V. (2012). Can personality predict retirement behaviour? A longitudinal analysis combining survey and register data from Norway. *European Journal of Ageing*, 9(3), 199-206. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0212-6>
- Bonifácio, V., Cardoso-Pereira, N., & Pires, A. M. (2003). *Aferição do teste da Figura Complexa de Rey numa amostra nacional*. Actas do Congresso de Neurociências Cognitivas. Évora.
- Bush, S. (2005). Independent and court-ordered forensic neuropsychological examinations: Official statement of the National Academy of neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(8), 997-1007. <https://doi.org/10.1016/j.acn.2005.06.003>
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2014). *Envelhecimento activo em Portugal: Trabalho, reforma, lazer e redes sociais*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Coord.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Quarteto.
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013a). Trail Making Test: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/acs115
- Cavaco, S., Gonçalves, A., Pinto, C., Almeida, E., Gomes, F., Moreira, I., Fernandes, J., & Teixeira-Pinto, A. (2013b). Semantic Fluency and Phonemic Fluency: Regression-based norms for the Portuguese population. *Archives of Clinical Neuropsychology*. doi:10.1093/arclin/act001
- Centro Nacional de Pensões. (2021). *Guia prático – Pensão de Invalidez [Manual]*. Instituto da Segurança Social, I.P.
- Coe, N., & Zamarro, G. (2008). *Retirement effects on health in Europe*. <https://doi.org/10.7249/wr588>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Derogatis, L. (1992). *BSI: Brief symptom Inventory*. National Computers Systems
- De Preter, H., Van Looy, D., & Mortelmans, D. (2013). Individual and institutional push and pull factors as predictors of retirement timing in Europe: A multilevel analysis. *Journal of Aging Studies*, 27(4), 299-307. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2013.06.003>
- Dores, M. J. (2013). *Qualidade de vida na reforma antecipada por Doença mental*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação de Beja.
- Drago, S. (2011). *A Depressão no idoso*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu.
- Economias. (2020). Reforma antecipada 2020: Tudo o que precisa saber. <https://www.economias.pt/reforma-antecipada/>

- Esteves, M. (2019). *Perfil de funcionamento neurocognitivo e reforma antecipada por invalidez: Um estudo de follow-up* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Figueiredo, J. (2019). *Estudo exploratório no âmbito da avaliação neuropsicológica de pedido de reforma antecipada por invalidez* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Firmino, H., Cerejeira, J., & Simões, M. R. (2016). Intervenções. In *Saúde mental das pessoas mais velhas*.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2017). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Versão Revista. Manual Técnico*. FPCEUC/Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria.
- Fonseca, A. M. (2012). *Do trabalho à reforma: Quando os dias parecem mais longos*. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 2, 75-95.
- França, L. H. (2010). Preparação para a reforma: Responsabilidade individual e colectiva. *Psychologica*, 53, 47-66. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_3
- Gonçalves, M. M., Simões, M. R., & Almeida, L. S. (2017). Introdução. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coord.), *Psicologia Clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação* (pp.XXIII-XXVI). Pactor.
- Houston, W. S., & Bondi, M. W. (2006). Potentially reversible cognitive symptoms in older adults. In D. K. Attix, & K. A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology. Assessment and intervention* (pp.103-129). The Guilford Press.
- Pessoa, L. (2009). *Cognição e emoção*. Scholarpedia, 4(1): 4567.
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges J. R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): A brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1078-1085
- Oliveira-Brochado, F., Simões, M. R., & Paúl, C. (2014). Inventário de Depressão de Beck–II (BDI-II). In L.S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. II, pp. 187-209). Edições Almedina.
- Portal CGA. (n.d.). *O que deve saber sobre a aposentação por incapacidade*. <https://www.cga.pt/incapacidade.asp#>
- Portaria nº 30/2020, de 31 de janeiro-Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 22. <https://dre.pt/application/conteudo/114545481>.
- Simões, M. R., Firmino, H., Sousa, L. B., & Pinho, M. S. (2011, Novembro). *Addenbrooke Cognitive Examination Revised (ACE-R): Portuguese adaptation, validation and norming*. 39th Congress of European Association of Geriatric Psychiatry (EAGP), Porto, Portugal.
- Simões, M. R., Pinho, M. S., Prieto, G., Sousa, L. B., Ferreira, I., Gonçalves, C., Pimentel, P., Santos, F., & Firmino, H. (2015). Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R). In Mário R. Simões, Isabel Santana, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD) (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* (3ª ed., pp. 32-37). Novartis.
- Simões, M. R., Sousa, L., Duarte, P., Firmino, H., Pinho, M. S., Gaspar, N., Pires, L., Batista, P., Silva, A. R. E. S., Silva, S. P. da., Ferreira, A. R., & França, S. (2010). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o Rey 15-Item Memory Test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 1(XXVIII), 209-226.

- Sousa, L. (2014). *Abordagem funcional na determinação da capacidade financeira e testamentária: linhas orientadoras e desenvolvimento de instrumentos de avaliação* (Tese de Doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI). Manual técnico*. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/FPCE-UC.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- Vaz Serra, A. (1986). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7, 67-84.
- Vaz Serra, A. (1995). Inventário Clínico de Auto-Conceito. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 151-163). Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Vilar, M., Sousa, L. B., Fonseca, M. S., Lages, H., Garcia, S. G., Pinho, J.I., Soares, D. M., Oliveira, C. S., Jesus, S. S., Fernandes, S. P., Barreto, M., Dias, I. T., Perdiz, C., Duro, D., Santana, I., Firmino, H., Pinho, M. S., & Simões, M. R., (2017). Teste de Memória de Rey-15 Itens (15-IMT). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coord.), *Psicologia Forense. Instrumentos de Avaliação* (pp. 377-396). PACTOR.
- Wechsler, D. (1997a). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (WAIS-III)*. The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997b). *Wechsler Memory Scale. Third edition manual*. The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (2008a). *Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – Terceira Edição (Wechsler Adult Intelligence Scale – Third Edition; WAIS-III)*. CEGOC-TEA.
- Wechsler, D. (2008b). *Escala de Memória de Wechsler – Terceira Edição (Wechsler Memory Scale – Third Edition; WMS-III)*. CEGOC-TEA.

ANEXO I – Protocolo de avaliação neuropsicológica

Instrumento	Dimensões avaliadas	Dados normativos
RASTREIO COGNITIVO		
ACE-R Addenbrooke's Cognitive Examination - Revised (Mioshi et al., 2006; Versão portuguesa: Firmino et al., 2008, 2017; Simões et al., 2011, 2015)	- Pontuação global - Atenção e orientação - Memória - Funções executivas - Linguagem - Visuoespacial (+ pontuação derivada do MMSE)	Idade + Escolaridade
FUNÇÕES NEUROCOGNITIVAS		
TMT A / B Trail Making Test A e B (Reitan, 1979; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013a)	- Exploração visuomotora - Velocidade de processamento - Atenção dividida - Flexibilidade cognitiva	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade
FV/FVS e FVF Fluência Verbal Semântica e Fluência Verbal Fonémica (Lezak et al., 2004; Versão portuguesa: Cavaco et al., 2013b)	- Produção espontânea de palavras de acordo com condições de procura restritas - Linguagem, memória, funções executivas	Género Idade Escolaridade Idade + Escolaridade
FCR Figura Complexa de Rey (Rey, 1964; Versão portuguesa: Bonifácio et al., 2003)	- Memória visual - Capacidade visuoespacial/ visuoconstrutiva/ visuoespacial; - Planificação e resolução de problemas - Atenção - Capacidades visuomotoras	Idade Escolaridade
LP I e II/Listas de Palavras I e II Wechsler Memory Scale-Third Edition (Wechsler, 1997b; Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008b)	- Memória auditiva imediata - Potencial de aprendizagem - Memória auditiva diferida - Reconhecimento - Retenção	Idade
MD/Memória de Dígitos WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (Wechsler, 1997a; Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008a)	- Memória de trabalho - Atenção	Idade
Cd/Código WAIS-III: Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition (Wechsler, 1997a; Versão portuguesa Cegoc: Wechsler, 2008a)	- Atenção - Velocidade de processamento - Capacidade Psicomotora	Idade
SÓCIO-EMOCIONAL E PERSONALIDADE*		
BSI Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1982; Versão portuguesa: Canavarró, 2007)	- Índice Geral de Sintomas - Total de Sintomas Positivos - Índice de Sintomas Positivos - Somatização - Obsessões-compulsões - Sensibilidade interpessoal - Depressão - Ansiedade - Hostilidade - Ansiedade fóbica - Ideação paranoide - Psicoticismo	População geral Grupo clínico com perturbação emocional
BDI-II Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996; Versão portuguesa: Oliveira-Brochado et al., 2014)	Sintomatologia depressiva	Grau da sintomatologia (mínima, ligeira, moderada e grave ou severa)
ICAC Inventário Clínico de Autoconceito (Vaz Serra, 1986, 1995)	Autoconceito geral - Aceitação/rejeição social - Autoeficácia - Maturidade psicológica	População geral (Idade)

- Impulsividade/atividade

CAPACIDADE FUNCIONAL

IAFAI <i>Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos</i> (Sousa et al., 2013, 2015)	- Atividades Básicas de Vida Diária - Atividades Instrumentais de Vida Diária (Famíliares e Avançadas) - Incapacidade Física, Cognitiva e Emocional	População geral: - Género + idade - Género + tipo de condições clínicas - Género + nº de condições clínicas
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VALIDADE DE DESEMPENHO

REY 15-IMT <i>Rey-15 Item Memory Test</i> (Boone et al., 2002; Rey, 1964; Versão portuguesa: Simões et al., 2010; Vilar et al., 2017)	Esforço insuficiente	População Geral (escolaridade) Grupos de adultos e idosos com declínio cognitivo e sintomatologia depressiva
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anexo II – Classificação dos resultados do rastreio cognitivo (ACE-R): reforma antecipada (n=14)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
ACE-R		
ACE-R Total	Médio	7 (50%)
	Muito inferior	7 (50%)
MMSE	Médio	7 (50%)
	Inferior	4 (28.6%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	2 (14.3%)
Atenção e Orientação	Médio	8 (57.1%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	4 (28.6%)
	Médio superior	1 (7.1%)
Memória	Médio	6 (42.9%)
	Inferior	3 (21.4%)
	Muito inferior	5 (35.7%)
Funções Executivas	Médio	3 (21.4%)
	Inferior	2 (14.3%)
	Muito inferior	7 (50%)
	Superior	2 (14.3%)
Linguagem	Médio	6 (42.9%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	5 (35.7%)
	Médio	8 (57.1%)
	Inferior	3 (21.4%)
	Muito inferior	3 (21.4%)

Anexo III – Classificação dos resultados do rastreio cognitivo (ACE-R): reforma normativa (n=11)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
ACE-R		
ACE-R Total	Médio	8 (72.7%)
	Inferior	3 (27.3%)
MMSE	Médio	6 (54.4%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	1 (9.1%)
	Muito inferior	3 (27.3%)
Atenção e Orientação	Médio	11 (100%)
Memória	Médio	8 (72.7%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	2 (18.2%)
Funções Executivas	Médio	8 (72.7%)
	Muito inferior	2 (18.2%)
	Médio superior	1 (9.1%)
Linguagem	Médio	8 (72.7%)
	Superior	3 (27.3%)
Visuoespacial	Médio	7 (63.6%)
	Inferior	2 (18.2%)
	Muito inferior	2 (18.2%)

Anexo IV – Classificação dos resultados do domínio Neurocognitivo (LP I e II, FCR, Mem. Dígitos, Código, TMT A e B, FVF e FVS): reforma antecipada (n=14)

Instrumento		Análise qualitativa	N (%)
Lista de Palavras I	RP Total 1ª Evocação	Médio	11 (78.6%)
		Inferior	2 (14.3%)
		Superior	1 (7.1%)
	RP Total da Evocação	Médio	5 (35.7%)
		Médio inferior	3 (21.4%)
		Inferior	3 (21.4%)
		Muito inferior	1 (7.1%)
		Médio superior	2 (14.3%)
	RP Aprendizagem	Médio	6 (42.9%)
		Médio Inferior	4 (28.6%)
		Inferior	3 (21.4%)
		Médio superior	1 (7.1%)
	RP Contraste 1	Médio	10 (71.4%)
		Inferior	2 (14.3%)
		Superior	2 (14.3%)
RP Contraste 2	Médio	9 (64.3%)	
	Médio inferior	2 (14.3%)	
	Inferior	2 (14.3%)	
	Superior	1 (7.15%)	
Lista de Palavras II	RP Total de Evocação	Médio	9 (64.3%)
		Inferior	4 (28.6%)
		Superior	1 (7.1%)
	RP Percentagem de Retenção	Médio	7 (50%)
		Inferior	4 (28.6%)
		Superior	1 (7.1%)
		Muito superior	2 (14.3%)
	RP Total de Reconhecimento	Médio	6 (42.9%)
		Médio inferior	2 (14.3%)
Inferior		6 (42.9%)	
FCR	Cópia	Médio	2 (14.3%)
		Médio inferior	2 (14.3%)
		Inferior	3 (21.4%)
		Muito inferior	7 (50%)
	Memória	Médio	3 (21.4%)
		Médio inferior	1 (7.1%)
		Inferior	3 (21.4%)
		Muito inferior	3 (21.4%)
		Médio superior	1 (7.1%)
		Superior	2 (14.3%)
		Muito superior	1 (7.2%)
		Inferior	1 (20%)
	Memória de Dígitos (Total) N =5	Médio superior	1 (20%)
		Superior	3 (60%)
Médio		2 (40%)	
Código (Total) N=5	Médio inferior	1 (20%)	
	Médio superior	1 (20%)	
	Superior	1 (20%)	
	Médio superior	1 (20%)	
TMT A (Total)	Médio	8 (57.1%)	
	Inferior	2 (14.3%)	
	Superior	3 (21.4%)	
	Médio superior	1 (7.1%)	

TMT B (Total)	Médio	11 (78.6%)
	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	1 (7.1%)
FVF (P+M+R)	Médio	6 (42.9%)
	Médio inferior	1 (7.1%)
	Inferior	4 (28.6%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
FVS (Animais)	Médio	10 (71.4%)
	Inferior	2 (14.3%)
	Muito inferior	2 (14.3%)

Anexo V – Classificação dos resultados do domínio Neurocognitivo (LP I e II, FCR, Mem. Dígitos, Código, TMT A e B, FVF e FVS): reforma normativa (n=11)

Instrumento		Análise qualitativa	N (%)
Lista de Palavras I N=10	RP Total 1ª Evocação	Médio	4 (40%)
		Médio inferior	1 (10%)
		Inferior	1 (10%)
		Muito inferior	2 (20%)
		Médio superior	2 (20%)
	RP Total da Evocação	Médio	5 (50%)
		Inferior	1 (10%)
		Muito inferior	2 (20%)
		Médio superior	1 (10%)
		Superior	1 (10%)
	RP Aprendizagem	Médio	7 (70%)
		Médio Inferior	1 (10%)
		Superior	1 (10%)
		Muito superior	1 (10%)
	RP Contraste 1	Médio	5 (50%)
		Inferior	1 (10%)
Superior		2 (20%)	
Muito superior		2 (20%)	
RP Contraste 2	Médio	6 (60%)	
	Médio inferior	1 (10%)	
	Muito inferior	1 (10%)	
	Superior	1 (10%)	
	Muito superior	1 (10%)	
Lista de Palavras II N=10	RP Total de Evocação	Médio	5 (50%)
		Médio inferior	2 (20%)
		Inferior	2 (20%)
		Superior	1 (10%)
	RP Percentagem de Retenção	Médio	4 (40%)
		Médio inferior	1 (10%)
		Inferior	3 (30%)
		Médio superior	1 (10%)
		Superior	1 (10%)
	RP Total de Reconhecimento	Médio	8 (80%)
Inferior		1 (10%)	
Médio superior		1 (10%)	
FCR N=10	Cópia	Médio	2 (20%)
		Inferior	2 (20%)
		Muito inferior	6 (60%)
	Memória	Médio	3 (30%)
		Muito inferior	5 (50%)
		Superior	1 (10%)
Memória de Dígitos (Total)	Muito superior	1 (10%)	
	Médio	6 (54.5%)	
	Médio inferior	1 (9.1%)	
	Médio superior	1 (9,1%)	
Código (Total)	Muito superior	3 (27.3%)	
	Médio	1 (9.1%)	
	Inferior	2 (18.2%)	
	Superior	3 (27.3%)	
TMT A (Total)	Muito superior	5 (45.5%)	
	Médio	9 (81.8%)	

TMT B (Total) N=10	Superior	2 (18.2%)
	Médio	9 (90%)
	Muito inferior	1 (10%)
FVF (P+M+R)	Médio	3 (27.3%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
	Muito superior	7 (63.6%)
FVS (Animais)	Médio	7 (63.6%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
	Médio superior	1 (9.1%)
	Superior	1 (9.1%)
	Muito superior	1 (9.1%)

Anexo VI – Classificação dos resultados do domínio Socio-Emocional (BSI, BDI-II, ICAC): reforma antecipada (n=14)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
BSI	Médio	6 (42.9%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	3 (21.4%)
	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	2 (14.3%)
Somatização	Médio	4 (28.6%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	2 (14.3%)
	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	5 (35.7%)
Obsessões-Compulsões	Médio	5 (35.7%)
	Superior	4 (28.6%)
	Muito superior	5 (35.7%)
Sensibilidade Interpessoal	Médio	3 (21.4%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	5 (35.7%)
	Muito superior	5 (35.7%)
Depressão	Médio	3 (21.4%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	5 (35.7%)
	Muito superior	5 (35.7%)
Ansiedade	Médio	5 (35.7%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	3 (21.4%)
	Superior	1 (7.1%)
	Muito superior	4 (28.6%)
Hostilidade	Médio	8 (57.1%)
	Médio inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	2 (14.3%)
Ansiedade Fóbica	Médio	5 (35.7%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	4 (28.6%)
	Muito inferior	4 (28.6%)
Psicoticismo	Médio	5 (35.7%)
	Médio superior	2 (14.3%)
	Superior	3 (21.4%)
	Muito superior	4 (28.6%)
Ideação Paranoide	Médio	6 (42.9%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	2 (14.3%)
	Muito superior	5 (35.7%)
IGS	Médio	4 (28.6%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Superior	3 (21.4%)
	Muito superior	6 (42.9%)
TSP	Médio	4 (28.6%)
	Médio superior	2 (14.3%)
	Superior	5 (35.7%)
	Muito superior	3 (21.4%)
ISP	Médio	4 (28.6%)
	Médio superior	2 (14.3%)

	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	6 (42.9%)
BDI-II	Ligeiro	4 (28.6%)
	Moderado	6 (42.9%)
	Severo	4 (28.6%)
ICAC		
	Médio	6 (42.9%)
	Médio inferior	1 (7.1%)
ICAC Total	Inferior	2 (14.3%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
	Médio superior	1 (7.1%)
	Muito superior	1 (7.1%)
ICAC F1 (aceitação/rejeição)	Médio	7 (50%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
	Superior	3 (21.4%)
	Muito superior	1 (7.1%)
ICAC F2 (autoeficácia)	Médio	8 (57.1%)
	Inferior	3 (21.4%)
	Muito inferior	2 (14.3%)
	Superior	1 (7.1%)
ICAC F3 (maturidade psicológica)	Médio	6 (42.9%)
	Inferior	2 (14.3%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
	Superior	3 (21.4%)
ICAC F4 (impulsividade-atividade)	Médio	6 (42.9%)
	Médio inferior	1 (7.1%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
	Superior	2 (14.3%)
	Muito superior	1 (7.1%)

Anexo VII – Classificação dos resultados do domínio Socio-Emocional (BSI, BDI-II, ICAC): reforma normativa (n=11)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
BSI		
Somatização	Médio	11 (100%)
Obsessões-Compulsões	Médio	9 (81.8%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	1 (9.1%)
Sensibilidade Interpessoal	Médio	6 (54.5%)
	Inferior	4 (36.4%)
	Superior	1 (9.1%)
Depressão	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	3 (27.3%)
	Inferior	4 (27.3%)
Ansiedade	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	4 (36.4%)
	Inferior	2 (18.2%)
Hostilidade	Médio	10 (90.9%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
Ansiedade Fóbica	Médio	10 (90.9%)
	Muito superior	1 (9.1%)
Psicoticismo	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	5 (45.5%)
	Muito superior	1 (9.1%)
Ideação Paranoide	Médio	7 (63.6%)
	Médio inferior	2 (18.2%)
	Inferior	2 (18.2%)
IGS	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	2 (18.2%)
	Inferior	1 (9.1%)
	Muito inferior	2 (18.2%)
	Superior	1 (9.1%)
TSP	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	1 (9.1%)
	Muito inferior	2 (18.2%)
	Superior	1 (9.1%)
	Muito superior	1 (9.1%)
ISP	Médio	5 (45.5%)
	Inferior	5 (45.5%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
BDI-II	Ligeiro	9 (81.8%)
	Moderado	2 (18.2%)
ICAC		
ICAC Total	Médio	5 (45.5%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	2 (18.2%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
	Superior	1 (9.1%)
	Muito superior	1 (9.1%)
ICAC F1 (aceitação/rejeição)	Médio	6 (54.5%)
	Superior	4 (36.4%)

	Muito superior	1 (9.1%)
ICAC F2 (autoeficácia)	Médio	11 (100%)
ICAC F3 (maturidade psicológica)	Médio	9 (81.8%)
	Inferior	1 (9.1%)
	Superior	1 (9.1%)
ICAC F4 (impulsividade-atividade)	Médio	4 (36.4%)
	Médio inferior	1 (9.1%)
	Inferior	2 (18.2%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
	Médio superior	1 (9.1%)
	Superior	2 (18.2%)

Anexo VIII – Classificação dos resultados do domínio (In)Capacidade Funcional (IAFAI): reforma antecipada (n=14)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
IAFAI	Médio	3 (21.4%)
IAFAI Total	Médio inferior	1 (7.1%)
	Inferior	7 (50%)
	Muito inferior	3 (21.4%)
ABVD	Médio	4 (28.6%)
	Médio inferior	3 (21.4%)
	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	6 (42.9%)
AIVD-F	Médio	2 (14.3%)
	Médio inferior	3 (21.4%)
	Inferior	3 (21.4%)
	Muito inferior	5 (35.7%)
	Médio superior	1 (7.1%)
AIVD-A	Médio	3 (21.4%)
	Médio inferior	8 (57.1%)
	Inferior	2 (14.3%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
Total físicas	Médio	4 (28.6%)
	Médio inferior	3 (21.4%)
	Inferior	5 (35.7%)
	Muito inferior	2 (14.3%)
Total cognitivas	Médio	2 (14.3%)
	Médio inferior	2 (14.3%)
	Inferior	5 (35.7%)
	Muito inferior	5 (35.7%)
Total emocionais	Inferior	7 (50%)
	Muito inferior	7 (50%)

Anexo IX – Classificação dos resultados do domínio (In)Capacidade Funcional (IAFAI): reforma normativa (n=11)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
IAFAI	Médio	8 (72.7%)
IAFAI Total	Inferior	2 (18.2%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
ABVD	Médio	10 (90.9%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
AIVD-F	Médio	11 (100%)
AIVD-A	Médio	11 (100%)
Total físicas	Médio	9 (81.8%)
	Inferior	1 (9.1%)
	Muito inferior	1 (9.1%)
Total cognitivas	Médio	10 (90.9%)
	Inferior	1 (9.1%)
Total emocionais	Inferior	6 (54.5%)
	Muito inferior	5 (45.5%)

Anexo X – Classificação dos resultados De Validade de Desempenho (15-IMT): reforma antecipada (n=14)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
15-IMT	Médio	6 (42.9%)
Evocação imediata	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	1 (7.1%)
	Médio superior	3 (21.4%)
	Superior	3 (21.4%)
	Médio	3 (21.4%)
Resultado combinado	Inferior	1 (7.1%)
	Muito inferior	2 (14.3%)
	Médio superior	3 (21.4%)
	Superior	5 (35.7%)
	Médio	3 (21.4%)

Anexo XI – Classificação dos resultados De Validade de Desempenho (15-IMT): reforma normativa (n=11)

Instrumento	Análise qualitativa	N (%)
15-IMT	Médio	10 (90.9%)
Evocação imediata	Médio inferior	1 (9.1%)
	Médio	10 (90.9%)
Resultado combinado	Muito superior	1 (9.1%)
	Médio	10 (90.9%)