



UC/FPCE - 2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos:
Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento
psicológico e de características sócio-demográficas**

Patrícia Sofia Camponês Cesário
(e-mail: patriciasofiacesario@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde,
Subespecialização em Psicologia Forense, sob a orientação do
Professor Doutor Mário R. Simões e Mestre Liliana B. Sousa

Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos: Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento psicológico e de características sócio-demográficas

Resumo

Introdução: A vulnerabilidade social constitui atualmente uma importante área de pesquisa. Trata-se de um constructo multideterminado, cuja análise requer o estudo de relações com variáveis diversas, tais como as características da personalidade, os problemas de saúde, o funcionamento cognitivo e emocional, a capacidade financeira e funcional, ou as características socio-demográficas (por exemplo, escolaridade e idade). As pessoas idosas estão entre as populações habitualmente consideradas vulneráveis.

Objetivos: Analisar os fatores envolvidos na vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos, com vista à sinalização de possíveis fatores de risco. Para tal, foram definidos cinco estudos – nos primeiros três estudos foram estudadas a vulnerabilidade social, a incapacidade funcional e a capacidade financeira em adultos e em adultos idosos; nos últimos dois estudos foram examinados os efeitos das variáveis sócio-demográficas e das características psicológicas na vulnerabilidade social.

Métodos: Foi utilizada uma amostra de conveniência da população geral constituída por 56 sujeitos (31 adultos e 25 adultos idosos), maioritariamente do género feminino (85.7%), com idades compreendidas entre os 36 e os 81 anos. O protocolo de avaliação administrado incluiu: (i) Consentimento informado; (ii) Guião de entrevista semi-estruturada; (iii) Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R), (iv) Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI), (v) Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin), (vi) Escala de Vulnerabilidade Social (SVS), (vii) Inventário de Personalidade NEO-FFI (NEO-FFI), e (viii) Escala de Depressão Geriátrica-30 (GDS-30). Sempre que possível, foi ainda solicitado o preenchimento da SVS e do IAFAI por um informador.

Resultados: O grupo de adultos não se diferencia estatisticamente do grupo de adultos idosos quanto à vulnerabilidade social (auto-reportada e reportada por informadores), incapacidade funcional (reportada por informador) e incapacidade funcional em tarefas de natureza financeira. No entanto, o grupo de adultos idosos reporta maior incapacidade funcional e revela uma capacidade financeira superior ao grupo de adultos em alguns dos domínios avaliados. Observa-se uma tendência para uma congruência entre os auto-relatos e os relatos de informadores na vulnerabilidade social, na incapacidade funcional geral e na incapacidade funcional em tarefas de natureza financeira. No entanto, os auto-relatos e os relatos do informador quanto à ausência de incapacidade funcional não correspondem necessariamente a um desempenho completamente correto em tarefas de natureza financeira. Os participantes com mais escolaridade e a residirem em áreas urbanas tendem a perceber-se como mais vulneráveis. Uma maior vulnerabilidade social auto-reportada associa-se a um desempenho cognitivo

superior (MMSE e fluência verbal, ACE-R), a perfis de personalidade caracterizados por pontuações elevadas nos domínios Neuroticismo e Abertura à experiência. A vulnerabilidade social reportada por informadores associou-se a características de personalidade elevadas na Extroversão, bem como aos auto-relatos de incapacidade funcional nas ABVD.

Conclusões: Os resultados obtidos reforçam a ideia de que a idade não é sinónimo de vulnerabilidade. Para determinar se uma pessoa idosa é socialmente vulnerável é necessário utilizar métodos e estratégias que permitam uma avaliação completa e abrangente.

Palavras-chave: Envelhecimento, Vulnerabilidade social, Abuso financeiro, Incapacidade funcional, Capacidade financeira.

Social Vulnerability in adults and older adults: Effects of functional and financial capacity, psychological functioning and socio-demographic characteristics

Abstract

Introduction: Social vulnerability is currently an important area of research. It is a multidetermined construct, whose analysis requires the consideration of several variables such as personality characteristics, health problems, as cognitive and emotional functioning, functional and financial capacity, or socio-demographic characteristics (e.g. education and age). Among the vulnerable populations, the elderly are usually taken in consideration.

Objectives: To analyze the factors involved in social vulnerability in adults and older adults, in order to explore possible risk factors. To achieve this, it were defined five studies - the first three studies analyzed social vulnerability, functional incapacity and financial capacity in adults and older adults; the last two studies examined the effects of socio-demographic variables and psychological characteristics on the social vulnerability.

Methods: We used a 56 participants convenience sample of the general population (31 adults and 25 older adults), mainly females (85.7%), with aged between 36 and 81 years. The neuropsychological assessment protocol included: (i) Informed consent; (ii) interview guide semi-structured; (iii) *Addenbrooke Cognitive Examination – Revised* (ACE -R), (iv) *Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory* (IAFAI), (v) *Financial Capacity Assessment Instrument* (IACFin), (vi) *Social Vulnerability Scale* (SVS), (vii) *NEO - Five Factor Inventory* (NEO-FFI), and (viii) *Geriatric Depression Scale – 30* (GDS - 30). Whenever possible, the SVS and the IAFAI was also administered to an informant.

Results: The group of adults does not differ statistically from the group of older adults in social vulnerability (self-reported and reported by informants), functional incapacity (reported by informant) and financial incapacity in financial related activities. However, the group of older adults refers higher functional incapacity and financial capacity than the adults group in some of the domains. There is a trend for a congruence between self-reports and reports of informants in social vulnerability, general functional incapacity, and incapacity in financial related activities. However, self-reports and informant reports for the absence of functional incapacity does not necessarily correspond to a completely correct performance on the financial related tasks. Participants with more education and reside in urban areas tend to perceive themselves as more vulnerable. Greater self-reported social vulnerability is associated with higher cognitive performance (MMSE and verbal fluency, ACE-R), the personality profiles characterized by high scores in Neuroticism and Openness to Experience. Social vulnerability reported by informants are associated with higher Extraversion, as well as self-reports of functional incapacity in ABVD.

Conclusions: The results support the idea that age is not synonymous of vulnerability. To determine if an elderly person is socially vulnerable is

necessary to use assessment methods and strategies which allow a complete and comprehensive understanding of the older person.

Key Words: Aging, Social vulnerability, Financial abuse, Functional incapacity, Financial capacity.

Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado não é apenas resultado de um empenho individual mas sim de um conjunto de esforços que o tornaram possível e sem os quais teria sido muito difícil chegar ao fim desta etapa, que representa um importante marco na minha vida pessoal e profissional. O espaço limitado desta seção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todos os intervenientes que colaboraram, direta ou indiretamente, na realização deste estudo. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas com um sentido e profundo sentimento de agradecimento.

Ao meu orientador, Professor Doutor Mário Simões, por quem nutro profunda admiração e cujos ensinamentos prestados marcarão para sempre o meu percurso profissional. É importante referir, de igual modo, a disponibilidade, flexibilidade, apoio e compreensão.

À Dr.^a Liliana Sousa, pela dedicação, empenho, atenção, orientação e verdadeira disponibilidade ao longo deste ano, que tornaram este percurso mais fácil.

A todos os participantes da investigação, que consentiram integrar o presente estudo, tornando-o viável.

Ao Centro de dia 25 de Abril - Ateneu de Coimbra, ao Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra, à Casa de Repouso António Reixa Lobo/Centro de Dia de Vila Viçosa e à Alzheimer Portugal (Delegação Centro) pela disponibilidade e colaboração.

Às amigas de curso, Joana Oliveira, Telma Lameira, Vanessa Costa que, atenciosamente, se disponibilizaram para me auxiliar na árdua tarefa de recolha da amostra.

Aos amigos e colegas de curso, sobretudo aqueles que acompanharam de perto as angústias deste ano, pela amizade, companheirismo e ajuda.

Ao Cláudio, por toda a paciência, compreensão e apoio incondicional.

Finalmente, à *Minha Família*, em especial aos *Meus Pais*, por acreditarem em mim, naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida. Espero que esta etapa, que agora termino, possa, de alguma forma, retribuir e compensar o carinho, apoio e dedicação constantes.

Muito obrigada!

Lista de abreviaturas

INE | Instituto Nacional de Estatística

WHO | World Health Organization

WHO/INPEA | World Health Organization / International Network for Prevention of Elder Abuse

APA | American Psychological Association

DoH | Department of Health

NCEA | National Center on Elder Abuse

APAV | Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

VS | Vulnerabilidade Social

SVS | Social Vulnerability Scale (Escala de Vulnerabilidade Social)

ACE-R | Addenbrooke Cognitive Examination-Revised (Exame Cognitivo de Addenbrooke-Revisto)

IAFAI | Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos

IACFin | Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira

GDS | Geriatric Depression Scale (Escala de Depressão Geriátrica)

NEO-FFI | Neo Five Factor Inventory (Inventário de Personalidade NEO-FFI)

AVD | Atividades de Vida Diária

ABVD | Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD-F | Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares

AIVD-A | Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas

Índice geral

Introdução	1
I. Enquadramento conceptual	2
1.1. O processo de envelhecimento.....	2
1.1.1. Capacidade funcional em atividades de vida diária	3
1.1.2. Capacidade funcional nas aptidões financeiras	3
1.2. Abuso contra os idosos.....	4
1.2.1. Abuso financeiro.....	5
1.3. Vulnerabilidade social	6
1.4. Fatores de risco na vulnerabilidade em questões de natureza financeira	7
II. Objetivos	8
III. Metodologia	9
3.1. Amostra	9
3.2. Instrumentos	11
3.3. Procedimentos	13
3.4. Análise dos dados.....	14
IV. Resultados	15
4.1. Estudo 1. Vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos	15
4.1.1. SVS: Comparação da vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos e o reportado por informador.....	16
4.1.2. SVS: Associação entre a vulnerabilidade social auto-reportada e a reportada por informador.....	16
4.2. Estudo 2. Incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos	17
4.2.1. IAFAI: Comparação da incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos e o reportado por informador.....	18
4.2.2. IAFAI: Associação entre a incapacidade funcional auto-reportada e a reportada por informador.....	19
4.3. Estudo 3. Capacidade financeira em adultos e em adultos idosos	20
4.3.1. IACFin: Comparação das aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos	21
4.3.2. IAFAI: Comparação da incapacidade funcional em aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos (considerando os auto-relatos e o reportado por informador).....	21
4.3.3. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Auto-relatos e reportada por informadores (IAFAI).....	22
4.3.4. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Auto-relatos (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin).....	24
4.3.5. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Reportada por informadores (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin).....	26
4.4. Estudo 4. Vulnerabilidade social: Efeito das variáveis sócio-demográficas.....	28
4.5. Estudo 5. Vulnerabilidade social: Efeito do funcionamento cognitivo, incapacidade funcional e capacidade financeira, sintomatologia depressiva, problemas de saúde e características da personalidade.....	30
V. Discussão	32
VI. Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras	41
VII. Conclusões	42
Bibliografia	43
Anexos	

Índice de tabelas

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra total (N=56).....	10
Tabela 2. Vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos	16
Tabela 3. Associação entre a vulnerabilidade social auto-reportada e reportada por informador	16
Tabela 4. Diferenças entre a vulnerabilidade social auto-reportada e reportada por informador	17
Tabela 5. Incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos	18
Tabela 6. Incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador	19
Tabela 7. Diferenças entre a incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador	20
Tabela 8. Capacidade financeira em adultos e em adultos idosos.....	21
Tabela 9. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos...	22
Tabela 10. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras auto-reportada e reportada por informador	23
Tabela 11. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre os auto-relatos e o reportado por informadores.....	23
Tabela 12. Incapacidade funcional auto-reportada e desempenho efetivo.....	25
Tabela 13. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre os auto-relatos e o desempenho efetivo	26
Tabela 14. Incapacidade funcional reportada por informadores e desempenho efetivo	27
Tabela 15. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre o reportado por informadores e o desempenho efetivo	27
Tabela 16. Vulnerabilidade social - Efeitos das variáveis sócio-demográficas	29
Tabela 17. Vulnerabilidade social - Efeito das variáveis psicológicas	31

Lista de anexos

Anexo A. Descritivo da amostra, considerando os grupos de adultos e de adultos idosos

Anexo B. SVS: Descritivo da subamostra com informador (N=39 participantes)

Anexo C. SVS: Descritivo da amostra dos Informadores (N=39)

Anexo D. SVS: Efeito das características dos informadores na vulnerabilidade social reportada

Anexo E. IAFAI: Descritivo da subamostra com informador (N=25 participantes)

Anexo F. IAFAI: Descritivo da amostra dos Informadores (N=25)

Anexo G. IAFAI: Efeito das características dos informadores na incapacidade funcional reportada

Anexo H. Correspondência de itens do IAFAI a itens do IACFin

Anexo I. IAFAI: Frequência das respostas no domínio Finanças

Anexo J. IACFin: Frequência das respostas

Introdução

Em Portugal, o Censos de 2011 assinalam que a população de idades superiores a 65 anos aumentou, relativamente ao Censos anterior, aproximadamente 26% (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012a). À data dos Censos, o índice de envelhecimento da população em Portugal era de 128, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos (INE, 2012a). As projeções da população residente em Portugal apontam para a continuidade desta tendência nos próximos 50 anos, prevendo-se que em 2060 residam no território nacional cerca de três idosos por cada jovem (INE, 2009).

O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo, acarretando profundas alterações biopsicossociais com um forte impacto na vida das pessoas (Paúl, 2006; Serra, 2006). O desenvolvimento de limitações funcionais a nível físico e sensorial poderão dificultar a autonomia das pessoas idosas nas atividades de vida diária (Figueiredo, 2007; Marson & Hebert, 2006). A este respeito, o Censos de 2011 aponta para o aumento do índice de dependência nos idosos de 24, em 2001, para 29 em 2011, ou seja, por cada 100 pessoas adultas em idade ativa existem 29 pessoas idosas dependentes (INE, 2011).

A Organização Mundial de Saúde, tem destacado a importância de *"...ensure the protection, safety and dignity of older people by addressing the social, financial and physical security rights and needs of people as they age"* relativamente à temática do envelhecimento ativo (World Health Organization [WHO], 2002b, p.52). O envelhecimento ativo é visto como um processo que procura otimizar as oportunidades para a saúde, mantendo a participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (WHO, 2002b).

Nos últimos anos, os profissionais de saúde têm sido envolvidos na avaliação da pessoa idosa em risco de abuso ou exploração (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010). De facto, os idosos são referenciados como vulneráveis à exploração financeira (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006). Porém, a idade não deve ser entendida como automaticamente conduzindo a exploração financeira, devendo considerar-se variáveis físicas, cognitivas e sociais (Choi, Kulick, &

Mayer, 1999). Por isso, e com o aumento do número de pedidos de avaliações psicológicas, torna-se pertinente elaborar um quadro clínico que permita descrever, explicar e orientar a avaliação com pessoas idosas potencialmente vulneráveis (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010).

I – Enquadramento conceptual

1.1. O processo de envelhecimento

O envelhecimento é um conceito multidimensional que, embora geralmente associado a uma progressão cronológica, envolve também aspetos biológicos, psicológicos e sociais (Paúl, 2006; Serra, 2006). Atinge todos os seres humanos e pode ser caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível (Paúl, 2006; Serra, 2006). Envelhecer implica, portanto, alterações importantes que podem ter repercussões negativas na funcionalidade e vulnerabilidade.

O processo de envelhecimento está associado, muito comumente, ao aumento de **comorbilidades médicas**, que advém do aumento da probabilidade de infeções, do aparecimento de doenças crónicas, do declínio gradual das funções de alguns órgãos (e.g., o coração, os pulmões, os rins), do enfraquecimento muscular, da alteração nos processos sensoriais e perceptivos (cf., por exemplo, WHO, 2002b). Da existência de variadas comorbilidades médicas na população envelhecida resulta uma maior vulnerabilidade física e mental, bem como o aumento dos níveis de dependência (Figueiredo, 2007; Serra, 2006).

As **perdas cognitivas e intelectuais** surgem também associadas ao processo de envelhecimento. São reportadas perdas ao nível das aptidões perceptivo-motoras, concentração, fluência, nomeação, compreensão, resolução lógica de problemas, entre outras (cf. Spar & La Rue, 2005 citado em Figueiredo, 2007). Porém, deve salientar-se que nem todas as funções cognitivas declinam com a idade (Serra, 2006), podendo assistir-se à estabilização ou melhoria de determinadas funções, como sejam, a capacidade de comunicar eficazmente através da linguagem, a capacidade em dirigir a atenção sobre um determinado tópico ou acontecimento, a aptidão para definir e usar palavras, para aceder a conhecimentos de cultura geral e para o envolvimento em raciocínios práticos e sociais, entre outras (cf. Spar & La Rue, 2005 citado em Figueiredo, 2007).

As **alterações do estado emocional**, nomeadamente, o aparecimento de sintomatologia depressiva são também recorrentes na população idosa (Veríssimo, 2006; WHO, 2002b). A diminuição da capacidade de adaptação face a alterações do meio, as mudanças nos papéis sociais do adulto idoso e a diminuição dos seus contactos sociais são aspetos importantes a considerar neste âmbito (cf., por exemplo, Paúl, 2005; Veríssimo, 2006). Quanto aos **traços de personalidade**, de um modo geral, a evidência empírica aponta no sentido da sua estabilidade (Paúl, 2005). Contudo, num estudo realizado em Portugal (cf. Paúl, Fonseca, Cruz & Cerejo, 2001 citado em Paúl, 2005), verificou-se uma tendência geral para o aumento do neuroticismo e diminuição da extroversão na velhice. Já no estudo de McCrae e colaboradores (2000, o neuroticismo tem tendência a diminuir e a amabilidade e a conscienciosidade a aumentar.

De salientar que o declínio de determinadas funções não é uniforme nem no mesmo indivíduo, nem de indivíduo para indivíduo (Serra, 2006). O processo de envelhecimento não representa apenas

perdas, está também associado a ganhos decorrentes das mudanças que acontecem ao longo do curso de vida, já que o “*amadurecimento no idoso saudável leva-o a condições únicas de sinergia das cognições, inteligência emocional, juízo de valor, aptidões sociais, experiência de vida e consciência crítica*” (Serra, 2006, p.32).

1.1.1. Capacidade funcional em atividades de vida diária

Na última fase da vida verifica-se um declínio funcional, ou seja, devido a deficiências físicas, cognitivas ou emocionais o adulto idoso pode começar a sentir dificuldades ou deixar de conseguir realizar de forma autónoma algumas das Atividades de Vida Diária (AVD). Estas podem ser Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), relacionadas com atividades de autocuidado (que englobam habitualmente tarefas como vestir, a realização de higiene pessoal, o alimentar-se, o uso dos sanitários e a mobilidade), Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares (AIVD-F) (relacionadas com usar o telefone, preparar as refeições, cuidar da casa e segurança em casa) e Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas (AIVD-A) (e.g., compreensão e comunicação, tomada de decisões relativas à saúde, gerir rendimentos, usar transportes, lazer e relações interpessoais) (American Psychological Association [APA], 1999; Figueiredo, 2007; Marson & Hebert, 2006; Verissimo, 2006). A perda de autonomia funcional, considerando as várias esferas da vida diária, pode implicar sérios problemas, entre os quais os casos de coação, negligência, abuso ou exploração de idosos (Donovan & Regehr, 2010; Levine, 2003; Nações Unidas, 2002). De acordo com os resultados apontados no Censos 2011, cerca de 50% da população idosa (com 65 ou mais anos) tem muita dificuldade, ou não consegue realizar, pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender) (INE, 2012a), sendo que estas dificuldades afetam 995 213 pessoas idosas em Portugal (INE, 2012b).

1.1.2. Capacidade funcional nas aptidões financeiras

As AIVD-A implicam aptidões cognitivas de ordem superior, requerendo níveis elevados de organização neuropsicológica (Marson & Heber, 2008). Os processos de deterioração funcional, em parte associados ao próprio declínio no funcionamento cognitivo, ao comprometerem a independência do idoso, acabam por suscitar várias dificuldades e problemas, entre os quais, a diminuição da capacidade financeira. De entre as AIVD-A destaca-se o domínio Finanças constituído por tarefas quotidianas que envolvem o uso do dinheiro, tais como, conhecer e lidar bem com o dinheiro (p.ex., saber o valor das notas e moedas, fazer trocos no dia a dia), utilizar o multibanco (ou a caderneta bancária), preencher um cheque corretamente, organizar as suas finanças para fazer pagamentos (correspondência recebida, cheques) e ir ao banco tratar de assuntos relativos às suas finanças (Sousa, Simões, & Vilar, 2013). Vários estudos apontam para um declínio nas aptidões funcionais

de natureza financeira no decorrer do processo de envelhecimento (Mason & Heber, 2008; Triebel & Marson, 2012). A capacidade financeira inclui um conjunto complexo de habilidades, que vão desde as aptidões mais básicas, tais como o conhecimento das moedas, a capacidade para fazer transações em dinheiro, para usar o talão de cheques ou para compreender os extratos bancários (Mason & Heber, 2008), às aptidões mais complexas, relativas à capacidade para tomar decisões (American Bar Association Commission on Law and Aging & American Psychological Association, 2008; Mason & Heber, 2008), para compreender as ações associadas à elaboração de um testamento (Fernandes, 2008), para gerir/administrar independentemente os bens e/ou as finanças pessoais (Fernandes, 2008), e para compreender as consequências de tomar determinadas decisões de natureza financeira (Franzen, 2008).

1.2. Abuso contra os idosos

O reconhecimento público do abuso contra os idosos como um problema médico e social é relativamente recente, quando comparado com outras formas de abuso, como o dirigido às mulheres ou às crianças (Alberto, 2004; Gonçalves, 2006). A *Action on Elder Abuse* do Reino Unido, em 1995, definiu abuso contra os idosos como um «*single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person*», definição adotada, posteriormente, pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008, p.6.). O abuso contra os idosos pode assumir diversas formas, nomeadamente abuso físico, psicológico, emocional, sexual e financeiro. Estas formas de abuso podem ser intencionais ou não intencionais, resultar de negligência ou da combinação entre vários tipos de abusos (Department of Health [DoH], 2000; Nações Unidas, 2002; National Center on Elder Abuse [NCEA], 1998; World Health Organization/ International Network for Prevention of Elder Abuse [WHO/INPEA], 2002).

De um modo geral, o abuso físico tem sido consistentemente apontado como a forma de abuso mais frequente na população idosa, sendo também o mais facilmente reconhecível (Gonçalves, 2006). O abuso financeiro, a negligência e o abuso sexual são geralmente subdiagnosticados e subnotificados (Gonçalves, 2006). O abuso psicológico tem sido apontado como o mais difícil de identificar e quantificar (Gonçalves, 2006). Num estudo realizado em 1998 nos EUA pelo “The National Center on Elder Abuse”, a negligência foi a forma de abuso mais frequente (48.7%), seguida do abuso emocional/psicológico (35.5%), financeiro (30.2%), físico (25.6%), abandono (3.6%) e sexual (0.3%). Um outro estudo realizado no Canadá identificou uma prevalência de 55% para o abandono, 15% para o abuso físico e 12% para o abuso financeiro (Nações Unidas, 2002).

Estima-se que mais de 2 milhões de idosos sejam anualmente vítimas de abuso nos Estados Unidos (Donovan & Regehr, 2010). As estatísticas existentes para o nosso país apontam uma percentagem de

abusos na ordem dos 8.6%, em vítimas com 65 ou mais anos de idade (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2012a). Entre 2000 e 2011, a APAV (2012b) registou um total de 6249 processos de apoio a pessoas idosas vítimas de crimes e de violência. As ofensas à integridade física simples (49.8%) e os crimes de maus tratos (21.2%) são os mais significativos, nomeadamente respeitantes à vida ou integridade física (APAV, 2012a).

De salientar que a maior parte dos estudos sobre este fenómeno utiliza amostras altamente seletivas, pelo que ficam por sinalizar largos segmentos da população idosa, vítimas de abusos familiares ou institucionais (Dias, 2005; Ferreira, Vieira, & Firmino, 2006). Para além disto, quando se pretende estimar a extensão deste fenómeno, parte-se de estudos com base na população geral, obtendo-se assim baixos índices de resposta. De facto, o abuso visível, reportado a instituições de proteção, é uma pequena percentagem quando comparado com o abuso não reportado (Ferreira-Alves, 2004; NCEA, 1998). Um estudo realizado nos Estados Unidos estima que 84% dos casos de abuso e negligência sobre os idosos não são reportados (Levine, 2003). Por cada caso reportado às autoridades ou agências de proteção, existirão cinco casos não referenciados ou não identificados (APA, 1999). No âmbito concreto do presente trabalho de investigação, iremos apenas proceder a uma breve contextualização do abuso financeiro.

1.2.1. Abuso financeiro

De entre os vários tipos de abusos contra o idoso, o abuso financeiro é uma das formas mais comuns (Crosby, Clark, Hayes, Jones, & Lievesley, 2008; Kemp & Mosqueda, 2005). É considerado como o tipo de vitimização que está entre as três principais formas de abuso (Tueth, 2000). No entanto, esta tem sido uma área subpesquisada (Bond, Cuddy, Dixon, Duncan & Smith, 2000; Gonçalves, 2006) e subdiagnosticada (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Gonçalves, 2006).

O abuso financeiro reporta-se à apropriação inadequada dos recursos financeiros e das propriedades do idoso, bem como a sua privação dos meios materiais necessários à satisfação das suas necessidades básicas (DoH, 2000; Nações Unidas, 2002; NCEA, 1998; WHO, 2002b; WHO/INPEA, 2002). Segundo a World Health Organization e a International Network for Prevention of Elder Abuse (2002), são ainda reconhecidas outras formas de abuso contra os idosos que são importantes neste âmbito, nomeadamente a falta de recursos para colmatar as necessidades assistenciais e a não garantia de rendimentos e alojamento.

O abuso financeiro ocorre num contexto de confiança ou não (i.e., tratar de um novo relacionamento estabelecido por uma suposta posição profissional) (Kemp & Mosqueda, 2005) e pode assumir várias formas, tais como, enganar/forçar um idoso a vender a sua casa, controlar/roubar o dinheiro ou os seus objetos pessoais, enganar/forçar um idoso a assinar cheques ou documentos legais, pressionar o idoso a prestar serviços sem que este receba qualquer tipo de pagamento, recusar-se a sair da casa do

idoso, abrir o *email* do idoso sem a sua permissão, deixar de pagar o dinheiro que lhe foi emprestado e partilhar uma casa com o idoso sem participar nas despesas, falsificações (APA, 1999; Blunt, 1993, Gondon, 1992, Lukawiecki, 1993, Stones, 1995, Wilber, 1990 citado em Bond et al., 2000; Crosby et al., 2008).

O efeito do abuso financeiro nas pessoas idosas é devastador (Crosby et al., 2008; Kemp & Mosqueda, 2005). Além do roubo efetivo dos seus recursos económicos, que muitas vezes provoca sofrimento emocional extremo ou depressão, o aumento da dependência dos outros, a mudança de residência, a diminuição dos recursos para medicamentos e cuidados de saúde, bem como a diminuição da qualidade de vida do idoso (Kemp & Mosqueda, 2005) são consequências diretas do abuso financeiro. Por conseguinte, pode também conduzir a uma esperança média de vida menor (Kemp & Mosqueda, 2005).

Identificar, definir e avaliar os casos de suspeitas de abuso financeiro tem sido difícil, por falta de recursos penais e civis, definições incorretas e falta de instrumentos convenientemente validados para a sua identificação (Kemp & Mosqueda, 2005). Dadas as dificuldades de sinalização do abuso financeiro, são poucos os dados relativos à sua prevalência e incidência (Bond et al., 2000; Crosby et al., 2008). Acredita-se que o abuso financeiro seja mais facilmente identificado quando acompanhado por outra forma de abuso (Choi et al., 1999).

Nos Estados Unidos o abuso financeiro contra os idosos foi responsável por cerca de 20% de todos os casos de abusos cometidos contra os idosos (cf. Hanningan, Cyphers, Aravanis, 1998 citado em Kemp & Mosqueda, 2005). As estatísticas existentes para o nosso país apontam que os crimes de burla (20.3%) e de dano (14.7%) são os mais significativos no que diz respeito aos crimes contra o património (APAV, 2012a). Estima-se também que, para cada caso conhecido de abuso financeiro sobre os idosos, 4 a 5 casos não são reportados (cf. Hanningan, Cyphers, & Aravanis, 1998 citado em Fealy, Donnelly, Bergin, Treacy, & Phelan, 2012).

1.3. Vulnerabilidade social (VS)

Os idosos são normalmente vistos como alvos fáceis e lucrativos nos casos de abuso, principalmente, de abuso financeiro (Pinsker, McFarland, & Pachana, 2010; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006). Este estereótipo radica na perceção dos idosos como doentes, vulneráveis, dependentes, isolados, bem como na conceção da deterioração cognitiva enquanto processo inevitável no envelhecimento (Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006). Na maioria dos estudos sobre VS, os idosos são apresentados como sendo uma das populações de alto risco, já que estes são incapazes de se proteger do abuso, da exploração ou da negligência praticada pelos outros. A diminuição da sua capacidade de autodeterminação pode determinar as dificuldades para proteger os seus próprios interesses devido a défices cognitivos e educacionais, falta de recursos e de força/poder, ou de outros atributos (DoH, 2000; Kim & Geistfeld, 2008). A VS refere-se ainda a aspetos

culturais, sociais (e.g., apoio social, inserção social) e económicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços, bem como às próprias condições de vida da pessoa idosa (Andrew, Fisk, & Rockwood, 2011).

1.4. Fatores de risco na vulnerabilidade em questões de natureza financeira

Como já foi referido, de entre os vários tipos de abusos contra o idoso, o abuso financeiro é uma das formas comuns (Crosby, et al., 2008; Kemp & Mosqueda, 2005), pelo que se torna relevante identificar os fatores que tornam os idosos mais vulneráveis a esta prática de maus-tratos.

Relativamente aos fatores inerentes ao próprio, é de destacar a **idade avançada** (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Kim & Geistfeld, 2008), o **género** e o **estado civil**. Os estudos identificam uma maior percentagem de mulheres vitimizadas (Bond et al., 2000; Choi, Kulick, & Mayer, 1999; NCEA, 1998; WHO/INPEA, 2002). No que concerne ao estado civil, as vítimas são maioritariamente viúvas (Bond et al., 2000; WHO/INPEA, 2002).

Os **problemas de saúde e incapacidades físicas** (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Fealy, et al., 2012; Kemp & Mosqueda, 2005; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006), o **comprometimento cognitivo** (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Fealy, et al. 2012; Kemp & Mosqueda, 2005; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006) e os **problemas emocionais** (Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006), tais como a depressão (Kemp & Mosqueda, 2005) são fatores recorrentes nos idosos, que os tornam mais vulneráveis a este tipo de abuso.

Também o **isolamento social** (Bond et al., 2000; Levine, 2003; Kemp & Mosqueda, 2005), a **coabitação com familiares** (Bond et al., 2000) ou a **pobreza** (Bond et al., 2000) podem justificar a prevalência do abuso financeiro.

São igualmente identificados **fatores de natureza familiar** que incluem: a dependência do agressor para com a vítima (Kemp & Mosqueda, 2005), o histórico de doença mental ou problemas emocionais, o abuso de álcool e drogas, os graves problemas de saúde e os comportamentos antisociais dos agressores (Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Gordon & Brill, 2001).

Este tipo de abuso é também recorrente devido a fatores externos, tais como, o aumento da variedade, complexidade e criatividade nas formas de tirar proveito das pessoas mais velhas (Kemp & Mosqueda, 2005), bem como o aumento nas formas de utilização do dinheiro (e.g., a utilização da internet) (Crosby et al., 2008). Podem ainda acrescentar-se outros fatores, como a desvalorização e a falta de respeito pelas pessoas mais velhas, as crenças culturais de não intromissão em assuntos familiares, o abandono da tradição e a mudança de valores familiares (APA, 1999; Levine, 2003; Nações Unidas, 2002; WHO, 2002b; WHO/INPEA, 2002).

II – Objetivos

O presente trabalho de investigação foi definido de acordo com um conjunto de estudos especificados de seguida. Estes pretendem constituir-se como uma análise exploratória dos fatores envolvidos na VS em adultos e adultos idosos, com vista à sinalização de possíveis fatores de risco.

Estudo 1. Vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos

Neste primeiro estudo pretendemos averiguar a existência de diferenças na VS em adultos e em adultos idosos. Assim, serão consideradas as respostas à Escala de Vulnerabilidade Social (SVS; *Social Vulnerability Scale*; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006; versão portuguesa autorizada: Sousa & Simões, 2011), considerando as respostas dos próprios (adultos e adultos idosos), e as respostas dos informadores. Adicionalmente, procede-se também à análise do grau de associação e congruência entre a VS auto-reportada (SVS preenchida pelo próprio participante) e a VS reportada por informadores (SVS preenchida por informador próximo do participante).

Estudo 2. Capacidade funcional em adultos e em adultos idosos

Neste segundo estudo pretendemos averiguar a existência de diferenças na incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos. Assim, serão consideradas as respostas ao Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; versão experimental: Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008; versão final: Sousa, Simões, & Vilar, 2013), considerando as respostas dos próprios (adultos e adultos idosos), e as respostas dos informadores. É também analisado o grau de associação e congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional (IAFAI respondido pelo próprio participante) e a incapacidade funcional reportada por informadores (IAFAI respondido por informador próximo do participante).

Estudo 3. Capacidade financeira em adultos e em adultos idosos

Neste terceiro estudo pretendemos averiguar a existência de diferenças nas aptidões funcionais de natureza financeira em adultos e em adultos idosos. Assim, é considerado o desempenho num conjunto de tarefas do Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin; Sousa, Simões, & Firmino, 2010), conceptualmente equivalentes aos itens do domínio *Finanças* do IAFAI (cf. Anexo H). No sentido de averiguar o grau de acordo e congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional nas aptidões financeiras, o reportado por informadores e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira, foram comparadas as respostas dos próprios (adultos e adultos idosos) aos itens do IAFAI e o seu desempenho efetivo nas tarefas do IACFin, sendo o mesmo efetuado para as respostas dos informadores.

Estudo 4. Vulnerabilidade social: Efeito das variáveis sócio-demográficas

Neste quarto estudo pretendemos averiguar o efeito das variáveis sócio-demográficas (e.g., idade, género, escolaridade, situação profissional, estado civil, condição atual de vida, região e área geográfica) na VS auto-reportada e reportada por informadores. Assim, serão consideradas as respostas à SVS considerando os relatos do próprio participante e os dos respetivos informadores.

Estudo 5. Vulnerabilidade social: Efeito do funcionamento cognitivo, capacidade funcional e financeira, sintomatologia depressiva, problemas de saúde e características da personalidade

Neste quinto estudo pretendemos averiguar o efeito do funcionamento cognitivo, da capacidade funcional e financeira, da sintomatologia depressiva e das características da personalidade na VS auto-reportada e reportada por informadores, considerando a pontuação total na SVS (de acordo com as respostas do próprio participante e respetivos informadores). Além do IAFAI e do IACFin como medidas da incapacidade funcional e da capacidade financeira, foram considerados ainda: o Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R; *Addenbrooke Cognitive Examination – Revised*; Hodge, & Mioshi, 2005; versão experimental portuguesa autorizada: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008) como medida do funcionamento cognitivo, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30; *Geriatric Depression Scale – 30*; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa: Simões, et al., 2010) para avaliação da sintomatologia depressiva, e o Inventário de Personalidade NEO-FFI (*NEO-Five Factor Inventory*; Costa & McCrae, 1989; McCrae & Costa, 2004; versão portuguesa: Lima & Simões, 2000) para obtenção de uma medida das características de personalidade.

III – Metodologia

3.1. Amostra

Neste estudo é utilizada uma amostra de conveniência, recolhida entre Outubro de 2012 e Junho de 2013. A amostra é constituída por 56 sujeitos (31 adultos e 25 adultos idosos), maioritariamente do género feminino (85.7%), de idades compreendidas entre os 36 e os 81 anos (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Características sócio-demográficas e clínicas da amostra total (N=56)

		N	%
Idade	Adultos	31	55.4
	Adultos idosos	25	44.6
	M (Dp) [Min. – Máx.]	62.18 (10.412)	[36 – 81]
Gênero	Masculino	8	14.3
	Feminino	48	85.7
Estado civil	Solteiros	7	12.5
	Casados	35	62.5
	Divorciados	2	3.6
	Viúvos	12	21.4
Escolaridade	0-2	3	5.4
	3-4	26	46.4
	5-9	9	16.1
	10-12	8	14.3
	> 12	10	17.9
Situação profissional	Ativo	19	33.9
	Reformado(a)	35	62.5
	Desempregado(a)	1	1.8
	Outra situação profissional	1	1.8
Condição atual de vida	Casa própria	46	82.1
	Casa de familiares	5	8.9
	Centro de dia	5	8.9
Região geográfica	Litoral	21	37.5
	Interior	35	62.5
Área geográfica	Predominantemente urbana	19	33.9
	Moderadamente urbana	7	12.5
	Predominantemente rural	30	53.6
Problemas de saúde	Sim	33	58.9
	Não	23	41.1
Declínio cognitivo	Sim	9	16.1
	Não	47	83.9
ACE-R M (DP) [Mín.-Máx.]	MMSE	26.00 (3.633)	[14-30]
	Total ACE-R	80.59 (14.330)	[36-99]
	Domínio Atenção Orientação	16.91 (1.993)	[7- 18]
	Domínio Memória	16.68 (6.153)	[1- 26]
	Domínio Fluência Verbal	7.66 (2.993)	[1-13]
	Domínio Linguagem	22.29 (4.084)	[12-26]
	Domínio Visuo-Espacial	14.05 (1.901)	[9-16]
Sintomatologia depressiva	Sim	6	10.7
	Não	50	89.3
GDS-30	M (DP) [Mín.-Máx.]	10.23 (7.341)	[0-28]
	“Ausência”	32	57.1
	“Ligeira”	18	32.1
	“Severa”	6	10.7
Características de personalidade NEO-FFI M (DP) [Mín.-Máx.]	Neuroticismo	23.16 (8.866)	[9-45]
	Extroversão	27.18 (6.731)	[11-42]
	Abertura à experiência	24.52 (7.035)	[12-43]
	Amabilidade	32.21 (4.233)	[24-42]
	Conscienciosidade	36.16 (4.544)	[25-46]

3.2. Instrumentos

O protocolo de avaliação utilizado neste estudo integrou seis instrumentos, descritos de seguida, selecionados de modo a permitir o exame de domínios relevantes. Deste modo, considerou-se a inclusão de uma medida de rastreio cognitivo, de incapacidade funcional e de capacidade financeira, de sintomatologia depressiva e características de personalidade, além da medida de vulnerabilidade social (alvo de estudo neste trabalho). Foi utilizado um guião de entrevista semi-estruturada, destinado à recolha de informação de natureza demográfica, familiar, social e clínica.

Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R; *Addenbrooke Cognitive Examination – Revised* Hodge, & Mioshi, 2005; versão experimental portuguesa autorizada: Firmino, Simões, Pinho, Cerejeira, & Martins, 2008)

O ACE-R é um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia 5 domínios neurocognitivos: Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Visuo-espacial. O resultado máximo é de 100 pontos, sendo as pontuações mais elevadas indicativas de um melhor funcionamento cognitivo. Além do resultado global, o instrumento possibilita o cálculo do resultado obtido em cada um dos cinco domínios avaliados, bem como a pontuação relativa ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; versão experimental: Sousa, Simões, Pires, Vilar, & Freitas, 2008; versão final: Sousa, Simões, & Vilar, 2013)

O IAFAI é um instrumento destinado ao exame funcional de adultos e adultos idosos, possibilitando uma avaliação compreensiva da capacidade funcional (para mais informação relativa ao desenvolvimento do inventário; ver Sousa, Simões, & Vilar, submitted; Sousa, Prieto, Simões, & Vilar, submitted). O IAFAI contempla 50 itens destinados à avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD: *Alimentação, Vestir, Higiene e controlo de Esfínteres, Mobilidade e transferências*), das Atividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVD-F: *Conversação e uso do telefone, Preparar as refeições, Cuidar da casa, Segurança em casa*) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária – Avançadas (AIVD-A: *Compreensão e comunicação, Tomada de decisão relativa à saúde, Finanças, Deslocação e uso de transportes, Lazer e relações interpessoais*). O IAFAI é administrado em formato de entrevista semi-estruturada ao examinando e, sempre que possível, a um cuidador/informador. Em cada um dos itens é determinada a ausência de incapacidade funcional (a AVD é realizada de modo independente e sem dificuldade), a presença de incapacidade funcional (a AVD é realizada com dificuldade e/ou apenas com ajuda ou supervisão de terceiros) e/ou a não aplicabilidade da AVD (p. ex, devido a papéis de género ou outros fatores contextuais). São obtidos vários indicadores (em valores percentuais), nomeadamente: incapacidade funcional global, incapacidade funcional nas ABVD, incapacidade funcional nas AIVD-F,

incapacidade funcional nas AIVD-A, incapacidade funcional devida a fatores de natureza física (p. ex. problemas motores), cognitiva (p.ex. dificuldades mnésicas) e emocional (p. ex. sintomas depressivos).

Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin; Sousa, Simões, & Firmino, 2010)

O IACFin foi desenvolvido para possibilitar uma avaliação objetiva das aptidões financeiras em adultos idosos, por forma a possibilitar uma resposta específica ao sistema legal português em processos de Inabilitação e Interdição (para mais informação relativa ao desenvolvimento do instrumento: Sousa, Simões, Firmino, & Vilar, submitted). Na sua versão experimental, aqui apresentada, o IACFin é constituído por um conjunto de tarefas, agrupadas em três módulos: (I) Módulo de Rastreio, que inclui os domínios *Orientação, Rastreio sensorial, Rastreio motor, Atenção e consciência e Linguagem*; (II) Módulo Geral, que contempla os domínios *Valores e preferências, Aptidões monetárias básicas, Compras, Pagamentos de contas, Negócio bancário, Tomada de decisão, Avaliação do risco de crime patrimonial e Instrumentos de suprimento da vontade*; e (III) Módulo relativo à Disposição de Património, que inclui os domínios *Determinação do património, Doações e Testamentos*.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30; Geriatric Depression Scale – 30; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa: Simões, et al., 2010)

A GDS é uma escala com 30 itens em formato de resposta simples, do tipo sim/não, que permite aceder a sintomas afetivos e comportamentais da depressão, manifestados na última semana. Especificamente desenvolvido para a população geriátrica, o instrumento exclui as preocupações que podem ser confundidas com doenças somáticas ou quadros demenciais. O resultado obtido diz respeito ao número de sintomas/itens cotados no sentido da presença de sintomatologia depressiva (atribui-se 1 ponto a cada resposta que sugere a existência de sintomas depressivos). A escala permite distinguir a ausência de sintomatologia depressiva (0-10 pontos), a presença de sintomatologia depressiva ligeira (11-20 pontos) e a sintomatologia depressiva severa (21-30 pontos) (cf. Barreto, 2008).

Inventário de Personalidade NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory; Costa & McCrae, 1989; McCrae & Costa, 2004; versão portuguesa: Lima & Simões, 2000)

O NEO-FFI é um instrumento de 60 itens para avaliação de 5 dimensões da personalidade, nomeadamente: Neuroticismo (N, *Neuroticism*), Extroversão (E, *Extraversion*), Abertura à Experiência (O; *Openness to Experience*), Amabilidade (A, *Agreeableness*) e Conscienciosidade (C, *Conscientiousness*). O Neuroticismo quantifica o contínuo que vai desde a adaptação à instabilidade emocional. A Extroversão mede a quantidade e a intensidade das interações interpessoais, a sociabilidade, o nível de atividade, a necessidade de estimulação e a capacidade de exprimir alegria. A Abertura à Experiência

avalia a procura proativa e a apreciação da experiência por si própria, a tolerância e a exploração do não familiar. A Amabilidade mede a qualidade da orientação interpessoal, segundo um contínuo que vai desde a compaixão, ao antagonismo nos pensamentos, sentimentos e emoções. Finalmente, a Conscienciosidade quantifica o grau de organização, persistência e motivação no comportamento orientado para um objetivo. Neste instrumento, solicita-se ao sujeito que assinale o seu grau de concordância, em relação a cada item, mediante uma escala tipo *Likert*, de “Discordo Fortemente” (0 pontos) a “Concordo Fortemente” (4 pontos), com exceção dos itens invertidos (pontuados inversamente).

Escala de Vulnerabilidade Social (SVS; *Social Vulnerability Scale*; Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006; versão portuguesa autorizada: Sousa & Simões, 2011)

A SVS é uma escala que pretende avaliar a suscetibilidade para ser manipulado ou enganado repetidamente ou na presença de óbvios sinais de alarme. Na sua versão experimental, aqui apresentada, a escala é constituída por 28 questões, circunscritas a comportamentos específicos da vida quotidiana que representam potenciais indicadores de VS. Após os estudos de adaptação e validação para a população portuguesa, a escala será definida em 15 itens, à semelhança do estudo original. A SVS foi desenvolvida para ser respondida por informadores, devido à falta de *insight* associada a muitas perturbações do foro neurológico, população para a qual foi originalmente desenvolvida. A cotação baseia-se numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (0=nunca; 1=poucas vezes; 2=algumas vezes; 3=muitas vezes; 4=sempre). Maiores pontuações são, deste modo, indicativas de maior VS.

3.3. Procedimentos

A seleção e recrutamento dos participantes foram efetuados na comunidade e através de quatro instituições – o Centro de dia 25 de Abril - Ateneu de Coimbra, o Centro Comunitário de Desenvolvimento e Solidariedade Social de Coimbra, o Centro de Dia de Vila Viçosa e a Associação Alzheimer Portugal (Delegação Centro). A todas as instituições foi solicitada autorização formal para realização do estudo. Uma vez obtidas as autorizações necessárias à realização do estudo, estabeleceu-se contacto telefónico e/ou presencial com todos os participantes para marcação da avaliação psicológica, tendo em conta a disponibilidade dos mesmos e/ou das respetivas instituições. A avaliação psicológica foi realizada individualmente, após a obtenção do consentimento informado.

No caso dos participantes recrutados na comunidade, a avaliação psicológica decorreu nos domicílios dos mesmos. Quanto aos participantes das instituições contactadas, as avaliações foram conduzidas nas mesmas, com exceção da Associação Alzheimer Portugal (Delegação do Centro), cujos participantes responderam ao protocolo de avaliação na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Foi recolhida informação de natureza demográfica, familiar, social e clínica com base num guião de entrevista semi-estruturada. O protocolo de avaliação foi habitualmente administrado numa única sessão de avaliação (de aproximadamente 2h), de acordo com a seguinte ordem: Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (*Addenbrooke Cognitive Examination – Revised*; ACE-R); Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI); Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin); Escala de Vulnerabilidade Social (*Social Vulnerability Scale*; SVS); Inventário de Personalidade NEO-FFI (NEO-FFI; *NEO - Five Factor Inventory*); Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – 30*; GDS-30). Nos casos em que foi necessário recorrer a uma segunda sessão de avaliação, a primeira sessão consistiu na obtenção do consentimento, entrevista, ACE-R, IAFAI, SVS, NEO-FFI e GDS, tendo o IACFin sido administrado numa segunda sessão de avaliação. No final de cada avaliação, foi solicitado a cada participante o preenchimento da SVS por parte de um familiar ou pessoa próxima. Nos casos em que foi possível estabelecer contacto presencial com um familiar ou pessoa próxima, além da SVS, foi ainda solicitada a resposta ao IAFAI. Para cada participante, foi elaborado um relatório de avaliação psicológica relativamente ao rastreio cognitivo efectuado (funcionamento cognitivo geral pelo ACE-R, avaliação funcional através do IAFAI, domínio sócio-afetivo e de personalidade com GDS e NEO-FFI).

Apenas se definiram como critérios de exclusão da presente amostra, o analfabetismo e a institucionalização.

3.4. Análise dos dados

Na presente dissertação, procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 20). A caracterização da(s) amostra(s) quanto às variáveis sócio-demográficas e características psicológicas foi efectuada através de estatísticas descritivas (frequências, médias, desvios-padrões, mínimos, máximos). Para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre grupos foram utilizados: o teste de independência do qui-quadrado para variáveis nominais; *Independent Samples T test* (2 grupos) ou *One-Way ANOVA* (mais de dois grupos) para variáveis contínuas ou as alternativas não paramétricas *Mann-Whitney U* e *Kruskal-Wallis*, respetivamente. De notar que, em alguns testes os pressupostos do teste de independência do qui-quadrado foram violados, havendo necessidade de efetuar correções utilizando o *Fisher's Exact Test* (só para as tabelas 2x2) com o intuito de melhorar a análise feita a partir do teste do qui-quadrado. Para testar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre resultados do mesmo grupo de sujeitos em pares ajustados recorreremos ao *Paired-Samples T test* ou a alternativa não paramétrica *Wilcoxon*. Para explorar a associação entre variáveis foram calculadas correlações de *Pearson* ou a alternativa não paramétrica de *Spearman*. Foram considerados como indicadores de diferenças estatisticamente significativas os níveis de significância inferiores a 0.05.

IV – Resultados

A amostra total, constituída por 56 sujeitos, foi dividida em duas subamostras. Deste modo, constituiu-se um grupo de participantes adultos (N=31; 55.4%), de idades compreendidas entre os 36 e os 64 anos de idade (M=54.35; Dp=6.348), e um grupo de participantes adultos idosos (N=25; 44.6%), de idades compreendidas entre os 65 e os 81 anos (M=71.88; Dp=4.576). Atendendo ao apresentado no Anexo A, verificamos que os dois grupos se encontram equiparados na maioria das variáveis consideradas ($p > .05$). Como seria de esperar, apenas se observam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos na situação profissional [maior número de participantes reformados no grupo de adultos idosos ($\chi^2_{(3)}=25.478$; $p < .001$)] e no desempenho cognitivo observado no ACE-R [participantes adultos com pontuações superiores no resultado total (U=262.000, $p = .038$) e nos domínios fluência verbal (U=235.00; $p = .012$), linguagem (U=234.500; $p = .011$) e aptidões visuo-espaciais (U=262.000, $p = .035$), traduzindo um melhor funcionamento cognitivo comparativamente aos adultos idosos].

Posteriormente, em estudos específicos, serão utilizadas amostras mais reduzidas, devidamente sinalizadas e caracterizadas. Estes estudos envolvem as análises relativas à informação obtida junto de informadores, quer para a SVS (N=39), quer para o IFAFI (N=25).

4.1. Estudo 1. Vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos

Em 39 dos 56 participantes foi possível solicitar o preenchimento da SVS por um informador. No Anexo B encontra-se o descritivo da amostra para estes 39 participantes. Destes 39 informadores, 24 são informadores de participantes adultos (61.5%), na sua maioria filhos(as) dos participantes (73.3%), de idades compreendidas entre os 22 e os 74 anos de idade (M=36.42; Dp=16.898), e 15 são informadores de participantes adultos idosos (38.5%), distribuídos equitativamente por quatro tipos de relações (esposos(as), filhos(as), netos(as), ou outro tipo de relação), de idades compreendidas entre os 21 e os 79 anos de idade (M=45.87; Dp=19.946). Atendendo ao apresentado no Anexo C, verificamos que os dois grupos de informadores (do grupo de adultos e do grupo de adultos idosos) se encontram equiparados na maioria das variáveis consideradas ($p > .05$). Apenas se observam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos na escolaridade [maior número de informadores com formação superior no grupo dos adultos ($\chi^2_{(4)}=10.305$; $p = .036$)] e na situação profissional [maior número de informadores no ativo no grupo de adultos ($\chi^2_{(2)}=6.342$; $p = .042$)].

No Anexo D são apresentados os resultados relativos ao efeito das características inerentes ao informador no seu relato de VS. Nenhuma das variáveis (idade, género, escolaridade, tipo de relação e frequência do contacto com o participante) demonstra estar associada às pontuações na SVS ($p > .05$), ou seja, os resultados apontam para o facto de não existir influência de características dos informadores nas suas respostas à SVS.

De seguida apresentam-se os resultados dos estudos efetuados no âmbito da VS. Num primeiro momento é apresentado um estudo comparativo da VS em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos dos próprios participantes (N=56) e o reportado pelos informadores (N=39). Num segundo momento é estudado o grau de associação e congruência entre a VS auto-reportada e a reportada pelo informador (N=39).

4.1.1. SVS: Comparação da vulnerabilidade social em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos e o reportado por informador

Na Tabela 2 são apresentadas as pontuações obtidas na SVS em ambos os grupos, considerando os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores. Não se observam diferenças com significado estatístico entre os dois grupos na VS auto-reportada ($U=345.000$; $p=.483$) e reportada por informador ($U=171.500$ $p=.806$). Os resultados sugerem que, quer considerando os auto-relatos, quer considerando o reportado pelos informadores, o grupo de adultos não se diferencia do grupo de adultos idosos quanto à VS avaliada pela SVS.

Tabela 2. SVS: Vulnerabilidade Social em adultos e em adultos idosos

SVS	Adultos				Adultos idosos				<i>p</i>
	N	M	Dp	Min.-Máx.	N	M	Dp	Min.-Máx.	
Próprio	31	13.00	8.993	0-36	25	11.38	9.044	0-38	.483
Informador	24	12.88	8.659	0-28	15	12.07	7.421	0-20	.806

4.1.2. SVS: Associação entre a vulnerabilidade social auto-reportada e a reportada por informador

Considerando a amostra total dos 39 sujeitos com informadores (cf. Tabela 3), observa-se uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa, entre a VS auto-reportada e a reportada por informadores ($r=0.493$; $p=.001$). O mesmo tipo de associação é observado especificamente no grupo de informadores relativos aos participantes adultos ($r_s=0.531$; $p=.008$). No grupo de adultos idosos, a correlação positiva moderada entre os auto-relatos de VS e a relatada pelo informador ($r_s=0.505$; $p=.055$) encontra-se perto do limiar de significância estatística. Os dados apontam para uma tendência distinta no grupo de adultos e no grupo de adultos idosos, ou seja, enquanto no grupo de adultos os resultados sugerem congruência na VS auto-reportada e a reportada pelos informadores, no grupo de adultos idosos esta associação não se observa.

Tabela 3. SVS: Associação entre a vulnerabilidade social auto-reportada e reportada por informador

	SVS (Próprio)					
	Amostra total (N=39)		Adultos (n=24)		Adultos idosos (n=15)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
SVS (Informador)	.493	.001	.531	.008	.505	.055

Atendendo ao apresentado na Tabela 4, verifica-se que os informadores tenderam a caracterizar os participantes com maiores níveis de VS em comparação com os auto-relatos dos próprios, não sendo estas diferenças estatisticamente significativas ($p>.05$), dado compatível com os resultados prévios (associação significativa entre os auto-relatos e os relatos de informadores).

Tabela 4. SVS: Diferenças entre a vulnerabilidade social auto-reportada e reportada por informador

	Amostra total (N=39)		Adultos (n=24)		Adultos Idosos (n=15)	
	M	Dp	M	Dp	M	Dp
SVS (Próprio)	11.13	7.634	11.13	7.903	11.13	7.453
SVS (Informador)	12.56	8.114	12.88	8.659	12.07	7.421
<i>p</i>	.266		.542		.388	

4.2. Estudo 2. Incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos

Da amostra total, constituída por 56 sujeitos, apenas em 25 foi possível a administração do IAFAI a um informador. Deste grupo de 25 participantes, 2 são do género masculino (8.0%) e 23 do género feminino (92.0%), de idades compreendidas entre os 42 e os 81 anos ($M=61.76$; $Dp=10.686$). Para uma descrição detalhada destes 25 participantes relativamente aos quais foi possível administrar o IAFAI a um informador, consultar o Anexo E. Dos 25 informadores, 15 são informadores de participantes adultos (60.0%), na sua maioria filhos(as) dos participantes ($N=9$; 75.0%), de idades compreendidas entre os 22 e os 63 anos de idade ($M=30.33$; $Dp=14.024$), e 10 são informadores de participantes idosos (40.0%), na sua maioria netos(as) dos participantes ($N=4$; 100.0%), de idades compreendidas entre os 21 e os 77 anos de idade ($M=37.70$; $Dp=17.173$). Atendendo ao apresentado no Anexo F verificamos que os dois grupos de informadores (adultos e adultos idosos) se encontram equiparados na maioria das variáveis consideradas ($p>.05$). Apenas se observam diferenças estatisticamente significativas entre ambos os grupos na variável escolaridade [maior número de informadores com formação superior no grupo dos adultos ($\chi^2_{(4)}=12.616$; $p=.013$)].

No Anexo G está representado o efeito das características inerentes ao informador e a incapacidade funcional reportada pelos mesmos no IAFAI. Não se verificam diferenças estatisticamente significativas no género, níveis etários e níveis de escolaridade em nenhum dos indicadores da incapacidade funcional reportada pelos informadores ($p>.05$). No entanto, verificam-se diferenças estatisticamente significativa entre o tipo de relação mantido com o participante e a incapacidade funcional nas ABVD ($KW=7.222$, $p=.027$). Especificamente, nas análises de *post-hoc*, os filhos(as) dos participantes tendem a caracterizá-los com menor incapacidade funcional nas ABVD, comparativamente ao grupo dos netos(as)/outro tipo de relação ($U=26.000$, $p=.026$). Observam-se também correlações negativas, moderadas e estatisticamente

significativas, entre a frequência do contacto e a incapacidade funcional global ($r_s=-.478$, $p=.016$), a incapacidade funcional nas AIVD-A ($r_s=-.492$, $p=.012$) e a incapacidade funcional devido a fatores de natureza física ($r_s=-.459$, $p=.021$) e cognitiva ($r_s=-.437$, $p=.029$). Este dado sugere que os informantes que têm contacto menos frequente com o participante tendem a caracterizá-los com maiores níveis de incapacidade funcional.

De seguida apresentam-se os resultados dos estudos realizados no âmbito da incapacidade funcional. Num primeiro momento é apresentado um estudo comparativo da incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos dos próprios participantes ($N=56$) e o reportado pelos informadores ($N=25$). Num segundo momento é também estudado o grau de associação e congruência entre a incapacidade funcional auto-reportada e a reportada pelo informador ($N=25$).

4.2.1. IAFAI: Comparação da incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos, considerando os auto-relatos e o reportado por informador

Na Tabela 5 são apresentadas as pontuações obtidas no IAFAI em ambos os grupos, considerando os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores. Observam-se diferenças com significado estatístico entre os dois grupos na incapacidade funcional auto-reportada. O grupo de adultos idosos reporta maior incapacidade funcional do que o grupo de adultos, sendo esta diferença observada na incapacidade funcional global ($U=0.037$; $p=.037$) e na incapacidade funcional devida a fatores de natureza física ($U=0.032$; $p=.032$) e cognitiva ($U=0.48$; $p=.048$). Relativamente à incapacidade funcional reportada por informadores, não são observadas diferenças com significado estatístico entre o grupo de adultos e o grupo de adultos idosos ($p>.05$).

Tabela 5. IAFAI: Incapacidade funcional em adultos e em adultos idosos

		Adultos (N=31)			Adultos idosos (N=25)			
		M	Dp	Min.-Máx.	M	Dp	Min.-Máx.	<i>p</i>
IAFAI - Próprio	Total	6.15	12.145	0-48.98	8.50	9.063	0-34.78	.037
	ABVD	2.11	5.076	0-22.45	2.76	3.457	0-10.00	.063
	AIVD-F	2.06	4.261	0-16.33	2.57	3.585	0-13.04	.181
	AIVD-A	1.98	3.719	0-16.70	3.17	3.568	0-13.04	.074
	Físico	3.03	8.024	0-38.78	3.77	5.106	0-21.74	.032
	Cognitivo	2.39	4.796	0-18.75	3.81	4.454	0-13.04	.048
	Emocional	4.17	1.126	0-4.17	0.92	1.740	0-6.12	.839
		Adultos (N=15)			Adultos idosos (N=10)			
IAFAI - Informador	Total	5.85	11.882	0-44.68	3.72	4.371	0-12.50	.486
	ABVD	1.67	4.535	0-17.02	0.42	0.877	0-2.08	.937
	AIVD-F	2.65	5.519	0-19.15	1.04	2.022	0-6.25	.916
	AIVD-A	1.53	2.703	0-8.51	2.27	2.488	0-6.25	.299
	Físico	2.09	5.552	0-21.28	1.25	2.238	0-6.25	.861
	Cognitivo	3.49	6.839	0-23.40	2.47	2.550	0-6.25	.359
	Emocional	0.27	0.718	0-2.04	0.00	0.00	0-0	.238

4.2.2. IAFAI: Associação entre a incapacidade funcional auto-reportada e a reportada por informador

Atendendo ao apresentado na Tabela 6, verificamos a existência de correlações positivas moderadas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional auto-reportada e a incapacidade funcional reportada por informador em todos os indicadores de incapacidade funcional: incapacidade funcional global ($r_s=0.625$; $p=.001$), incapacidade funcional nas ABVD ($r_s=0.601$; $p=.001$), nas AIVD-F ($r_s=0.653$; $p<.001$) e nas AIVD-A ($r_s=0.556$; $p=.004$), incapacidade funcional devida a fatores de natureza física ($r_s=0.541$; $p=.005$), cognitiva ($r_s=0.698$; $p<.001$) e emocional ($r_s=0.521$; $p=.008$). Estes resultados sugerem a presença de congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional e a incapacidade reportada por informadores, sendo esta tendência observada em todos os indicadores do IAFAI.

Considerando especificamente o grupo de adultos, são também observadas correlações positivas elevadas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador, considerando as pontuações totais ($r_s=0.642$; $p=.010$), nas ABVD ($r_s=0.692$; $p=.004$), nas AIVD-F ($r_s=0.782$; $p=.001$), nas AIVD-A ($r_s=0.548$; $p=.034$), bem como na incapacidade funcional atribuída a fatores de natureza física ($r_s=0.788$; $p<.001$), cognitiva ($r_s=0.669$; $p=.004$) e emocional ($r_s=0.550$; $p=.034$).

Tabela 6. IAFAI: Incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador

	IAFAI (Próprio)					
	Amostra total (N=25)		Adultos (n=15)		Adultos idosos (n=10)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Total	.625	.001	.642	.010	.598	.068
ABVD	.601	.001	.692	.004	.464	.176
AIVD-F	.653	.000	.782	.001	.505	.137
AIVD-A	.556	.004	.548	.034	.568	.087
Físico	.541	.005	.788	.000	.224	.534
Cognitivo	.698	.000	.699	.004	.691	.027
Emocional	.521	.008	.550	.034	a.	a.

a. Não é possível calcular porque nenhum dos informadores identificou dificuldades de natureza emocional.

Considerando o grupo de adultos idosos, apenas se observa uma associação positiva e com significado estatístico entre os auto-relatos de incapacidade funcional e o reportado por informadores no que concerne à incapacidade funcional devida a fatores de natureza cognitiva ($r_s=0.691$; $p=.027$). Apesar de se observar uma tendência para associações positivas nos outros indicadores de incapacidade funcional, os coeficientes de correlação não se revelam estatisticamente significativos ($p>.05$). De notar que não foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade funcional auto-reportada e reportada por informador no que respeita à incapacidade funcional devida a fatores de natureza emocional porque nenhum dos informadores identificou dificuldades a este nível.

À semelhança do observado para a vulnerabilidade social, os dados

apontam para a existência de congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional e o reportado por informadores no grupo de adultos, tendência que não é observada no grupo de adultos idosos.

Atendendo ao apresentado na Tabela 7, não se verificam diferenças com significado estatístico ($p > .05$) entre a incapacidade funcional auto-relatada e a incapacidade funcional relatada pelos informadores. A única exceção é observada na incapacidade funcional atribuída a fatores de natureza emocional. Os próprios participantes tendem a sinalizar maiores dificuldades comparativamente aos seus informadores, quer na amostra total ($Z = -2.271$ $p = .023$), quer considerando o grupo de adultos ($Z = -2.070$ $p = .038$). Salienta-se, novamente, o facto dos informadores não reportarem dificuldades funcionais de natureza emocional.

Tabela 7. IAFAI: Diferenças entre a incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador

		Amostra total (N=25)		Adultos (n=15)		Adultos idosos (n=10)	
		M	Dp	M	Dp	M	Dp
Total	Próprio	6.30	9.056	5.31	8.391	7.79	10.253
	Informador	5.00	9.521	5.85	11.882	3.72	4.371
	<i>p</i>	.280		1.000		.173	
ABVD	Próprio	1.73	3.500	1.49	3.883	2.08	2.997
	Informador	1.17	3.561	1.67	4.535	0.42	0.877
	<i>p</i>	.207		.593		.080	
AIVD-F	Próprio	2.01	3.887	1.77	3.504	2.34	4.580
	Informador	2.01	4.467	2.65	5.519	1.04	2.022
	<i>p</i>	1.000		.285		.273	
AIVD-A	Próprio	2.57	3.249	2.04	2.442	3.36	4.208
	Informador	1.83	2.592	1.53	2.703	2.27	2.488
	<i>p</i>	.157		.343		.237	
Físico	Próprio	2.66	5.564	1.90	4.839	3.79	6.61
	Informador	1.76	4.477	2.09	5.552	1.25	2.238
	<i>p</i>	.332		.593		.176	
Cognitivo	Próprio	3.00	4.704	2.47	4.659	3.80	4.906
	Informador	3.08	5.476	3.49	6.840	2.47	2.55
	<i>p</i>	.562		.680		.207	
Emocional	Próprio	0.65	0.962	0.94	1.045	0.20	0.632
	Informador	0.16	0.565	0.27	0.718	0	0
	<i>p</i>	.023		.038		.317	

4.3. Estudo 3. Capacidade financeira em adultos e em adultos idosos

Para o estudo das aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos, foram selecionadas algumas tarefas do IACFin, com equivalência conceptual aos itens do domínio Finanças do IAFAI (cf. Anexo H para uma descrição detalhada). Assim, num primeiro momento, é comparado o desempenho do grupo de adultos e de adultos idosos nas aptidões financeiras (tarefas do IACFin). De seguida, são comparados os auto-

relatos de incapacidade funcional específica das aptidões financeiras (IAFAI próprio), os relatos do informador (IAFAI) e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira (tarefas do IACFin). Neste sentido, é examinada a associação e congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional nas aptidões financeiras e o desempenho efetivo nas mesmas (N=56), bem como entre a incapacidade funcional reportada pelos informadores nas aptidões financeiras (IAFAI) e o desempenho efetivo do participante nas tarefas do IACFin (N=25).

4.3.1. IACFin: Comparação das aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos

Na Tabela 8 são apresentadas as pontuações obtidas nas tarefas do IACFin pelo grupo de adultos e de adultos idosos. O grupo de adultos idosos apresenta maior capacidade financeira do que o grupo de adultos, sendo esta diferença, estatisticamente significativa, observada na capacidade financeira global (U=152.500; $p<.001$), no conhecimento e utilização do dinheiro (U=216.000; $p=.004$), na utilização do cartão de multibanco (U=141.500; $p<.001$) e na utilização dos cheques (U=140.000; $p<.001$).

Tabela 8. IACFin: Capacidade financeira em adultos e em adultos idosos

	Adultos (N=31)			Adultos idosos (N=25)			<i>p</i>	
	M	Dp	Min.-Máx.	M	Dp	Min.-Máx.		
Total	23.21	6.484	9.5-37	29.74	5.826	14-35.5	.000	
IACFin	1.	5.32	2.056	2-8	6.80	1.472	2-8	.004
	2.	4.97	2.405	1-10	7.68	2.106	2-10	.000
	3.	1.97	1.622	0-6	3.88	1.269	1-6	.000
	4.	8.50	1.500	4.5-11	8.62	1.556	5-10	.642
	5.	2.45	0.568	2-4	2.76	0.779	1-4	.086

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

4.3.2. IAFAI: Comparação da incapacidade funcional em aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos (considerando os auto-relatos e o reportado por informador)

Na Tabela 9 são apresentadas as pontuações obtidas no domínio finanças do IAFAI em ambos os grupos, considerando os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores. Não são observadas diferenças com significado estatístico entre o grupo de adultos e o grupo de adultos idosos no que reporta à incapacidade funcional nas aptidões financeiras, considerando os auto-relatos e o reportado por informador ($p>.05$).

Tabela 9. IAFAI: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras em adultos e em adultos idosos

		Adultos (N=31)			Adultos idosos (N=25)			<i>p</i>
		M	Dp	Min.-Máx.	M	Dp	Min.-Máx.	
IAFAI - Próprio	Total	0.35	0.551	0-2	0.48	0.918	0-3	.844
	1.	0	0	0-0	0.04	0.200	0-1	.265
	2.	0.25	0.442	0-1	0.07	0.267	0-1	.176
	3.	0	0	0	0	0	0	1.000
	4.	0.07	0.254	0-1	0.21	0.415	0-1	.127
	5.	0.10	0.305	0-1	0.21	0.415	0-1	.270
		Adultos (N=15)			Adultos idosos (N=10)			
IAFAI - Informador	Total	0.47	0.743	0-2	0.40	0.699	0-2	.840
	1.	0.07	0.258	0-1	0	0	0	.414
	2.	0.15	0.376	0-1	0	0	0	.683
	3.	0	0	0	0.17	0.408	0-1	.176
	4.	0.14	0.363	0-1	0.20	0.422	0-1	.717
	5.	0.14	0.363	0-1	0.10	0.316	0-1	.759

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

4.3.3. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Auto-relatos e reportada por informadores (IAFAI)

Atendendo ao apresentado na Tabela 10, verificamos a existência de correlações positivas moderadas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional nas aptidões financeiras auto-reportada e a incapacidade funcional nas aptidões financeiras reportada por informador no resultado total do domínio finanças do IAFAI ($r_s=0.604$; $p=.001$), no item 2 (Utilização do cartão de multibanco; $r_s=0.645$; $p=.013$) e no item 5 (Tratar de assuntos no banco; $r_s=0.507$; $p=.011$). Estes resultados sugerem a presença de congruência entre os auto-relatos de incapacidade funcional nas aptidões financeiras e a incapacidade reportada por informadores. De notar que não foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade funcional auto-reportada e reportada por informador no que respeita ao item 3 (Utilização dos cheques) porque nenhum dos participantes/informadores identificou dificuldades a este nível.

Considerando especificamente o grupo de adultos, são também observadas correlações positivas elevadas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional auto-reportada e reportada por informador no resultado total do domínio finanças do IAFAI ($r_s=0.741$; $p=.002$), e correlações positivas moderadas, estatisticamente significativas, no item 2 ($r_s=0.640$; $p=.019$) e no item 5 ($r_s=0.679$; $p=.008$). De notar que não foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade funcional auto-reportada e reportada por informador no que respeita aos itens 1 e 3 porque nenhum dos participantes/informadores identificou dificuldades a este nível.

Considerando o grupo de adultos idosos, apenas se observa uma associação positiva e com significado estatístico entre os auto-relatos de incapacidade funcional e o reportado por informadores no que concerne ao item 4 (Pagamento de despesas; $r_s=0.764$; $p=.010$). De notar que não foi possível estabelecer uma relação entre a capacidade funcional auto-reportada e reportada por informador no que respeita aos itens 1, 2 e 3

porque nenhum dos participantes/informadores identificou dificuldades a este nível.

Tabela 10. IAFAI: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras auto-reportada e reportada por informador

	IAFAI (Próprio)					
	Amostra total (N=25)		Adultos (n=15)		Adultos idosos (n=10)	
	r_s	p	r_s	P	r_s	p
Total	.604	.001	.741	.002	.496	.145
IAFAI (Informador)						
1.	-.042	.843	a.	a.	a.	a.
2.	.645	.013	.640	.019	a.	a.
3.	a.	a.	a.	a.	a.	a.
4.	.400	.053	-.113	.700	.764	.010
5.	.507	.011	.679	.008	.509	.133

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

No Anexo I são apresentadas as frequências das respostas dadas pelo próprio e pelo informador a cada item pertencente ao domínio Finanças do IAFAI. Observa-se uma superioridade da resposta “0”, ou seja, a maioria dos participantes não apresenta dificuldades nestes itens relativos às aptidões financeiras, quer considerando o auto-relato, quer considerando o relato do informador. Na Tabela 11 são apresentadas as percentagens de congruência entre os auto-relatos do próprio e do informador em cada item do domínio Finanças do IAFAI.

Tabela 11. IAFAI: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre os auto-relatos e o reportado por informadores

		IAFAI (informador) (N=25)		
		0	1	Missing
IAFAI (próprio) (N=25)	0	23 (92.0)	1 (4.0)	0 (0)
	1	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)
	Missing	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	0	10 (40.0)	0 (0)	0 (0)
	2	2 (8.0)	2 (8.0)	2 (8.0)
	Missing	0 (0)	0 (0)	9 (36.0)
	0	16 (64.0)	0 (0)	2 (8.0)
	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Missing	0 (0)	1 (4.0)	6 (24.0)
	0	18 (72.0)	2 (8.0)	0 (0)
	4	2 (8.0)	2 (8.0)	0 (0)
	Missing	0 (0)	0 (0)	1 (4.0)
	0	19 (76.0)	1 (4.0)	0 (0)
	5	2 (8.0)	2 (8.0)	0 (0)
	Missing	0 (0)	0 (0)	1 (4.0)

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

No primeiro item (conhecimento e utilização do dinheiro) existe uma elevada percentagem de acordo entre os auto-relatos do próprio e dos informadores (92.0%) quanto à inexistência de incapacidade

funcional neste item, não sendo observada esta congruência em apenas dois dos participantes. No que concerne ao item 2 (utilização do cartão de multibanco), obteve-se acordo em 21 participantes (84%). Especificamente, em 10 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade funcional neste item, em 2 o acordo é relativo à presença de incapacidade funcional, sendo que, em 9 casos, o acordo diz respeito à não aplicabilidade do item. Apenas em 4 casos (16%) não é observada congruência. De igual modo, no item 3 (utilização dos cheques) obteve-se acordo em 22 participantes (88%). Especificamente, em 16 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade funcional, neste item, e em 6 casos o acordo diz respeito à não aplicabilidade do item. Apenas em 3 casos (12%) não é observada congruência. No item 4 (pagamento de despesas), obteve-se uma percentagem de acordo entre os auto-relatos do próprio e dos informadores semelhante à encontrada nos itens anteriores (21 participantes = 84%). Dos 21 acordos encontrados neste item, 18 deles referem-se à inexistência de incapacidade funcional neste item, 2 são relativos à presença de incapacidade funcional e 1 caso diz respeito à não aplicabilidade do item. Nos restantes 4 casos (16%) não é observada congruência. Por último, no item 5 (tratar de assuntos no banco) obteve-se acordo em 22 participantes (88%). Especificamente, em 19 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade funcional neste item, em 2 o acordo é relativo à presença de incapacidade funcional, sendo que num caso, o acordo diz respeito à não aplicabilidade do item. Apenas em 3 casos (12%) não é observada congruência.

As percentagens de acordo entre os auto-relatos de incapacidade funcional em tarefas de natureza financeira (IAFAI – domínio Finanças) e os relatos dos informadores são, deste modo, bastante elevadas.

4.3.4. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Auto-relatos (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin)

Atendendo ao apresentado na Tabela 12, e considerando a amostra total, não se verificam associações com significado estatístico ($p > .05$) entre os auto-relatos de incapacidade funcional em atividades de vida diária envolvendo as finanças (IAFAI) e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira (IACFin). De notar que não foi possível estabelecer uma relação entre estes dois indicadores na utilização dos cheques porque nenhum dos participantes relatou dificuldades neste item aquando da resposta ao IAFAI.

Considerando a subamostra de adultos e de adultos idosos, a tendência observada é a mesma, não se verificando associações com significado estatístico entre os auto-relatos de incapacidade e o desempenho efetivo nas tarefas financeiras correspondentes ($p > .05$).

De notar que não foi possível estabelecer uma relação no conhecimento e utilização do dinheiro (grupo de adultos), nem na utilização dos cheques (grupo de adultos e de adultos idosos), porque nenhum dos participantes relatou dificuldades nestes itens, aquando da resposta ao IAFAI.

Tabela 12. IAFAI/IACFin: Incapacidade funcional auto-reportada e desempenho efetivo

	IAFAI (Próprio)					
	Amostra total (N=56)		Adultos (n=31)		Adultos idosos (n=25)	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Total	.095	.487	-.162	.385	.297	.149
1.	.141	.300	a.	a.	.209	.316
IACFin						
2.	-.188	.259	-.167	.436	.243	.403
3.	a.	a.	a.	a.	a.	a.
4.	.040	.773	-.086	.650	.053	.806
5.	.203	.142	.139	.463	.202	.343

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.
a. Não é possível estabelecer uma relação porque nenhum dos participantes relatou dificuldades nestes itens aquando da resposta ao IAFAI.

No Anexo J são apresentadas as frequências das pontuações obtidas pelos participantes em cada domínio do IACFin. Verifica-se uma superioridade da resposta “1”, ou seja, a maioria dos participantes teve um desempenho parcialmente correto. Na Tabela 13 são apresentadas as percentagens de congruência entre a incapacidade funcional auto-reportada, no que concerne aos itens do domínio Finanças do IAFAI, e os cinco domínios do IACFin.

Considerando a amostra total, verificámos que no domínio 1 se obteve acordo entre os auto-relatos (do próprio) no IAFAI e o desempenho efetivo no IACFin em 14 participantes (25%) quanto à inexistência de incapacidade neste domínio, não sendo observada esta congruência em quarenta e dois dos participantes. No que concerne ao domínio 2, obteve-se acordo em 10 participantes (17.9%). Especificamente, em 3 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade neste domínio e em 7 o acordo é relativo à presença de incapacidade. Em metade da amostra (n=28) não é observada congruência. No que concerne ao domínio 3, obteve-se apenas acordo em 2 dos participantes (3.6%) quanto à inexistência de incapacidade neste domínio, não sendo observada esta congruência em quarenta e três dos participantes. De igual modo, no domínio 4, obteve-se apenas acordo em 7 dos participantes (12.5%) quanto à presença de incapacidade neste domínio, não sendo observada esta congruência em quarenta e sete dos participantes. Por último, no domínio 5, obteve-se acordo em 7 participantes (12.5%). Especificamente, em 1 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade neste domínio e em 6 o acordo é relativo à presença de incapacidade. Em quarenta e sete casos (83.9%) não é observada congruência. Dos 2 participantes a quem o item 3.3.5. do IAFAI não se aplicou, 1 obteve um desempenho parcialmente correto e o outro obteve um desempenho totalmente correto no IACFin.

De um modo geral, os auto-relatos de ausência de incapacidade funcional (pontuações 0 no IAFAI) não correspondem necessariamente a um desempenho efectivo completamente correcto (pontuações 2 no IACFin). Salienta-se que, apesar de alguns participantes relatarem a não

aplicabilidade das tarefas de natureza financeira (*missing*), uma percentagem substancial dos participantes alcança um desempenho correcto (total ou parcialmente) nas tarefas equivalentes do IACFin.

Tabela 13. IAFAI/IACFin: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre os auto-relatos e o desempenho efetivo

		IAFAI (Próprio) (N=56)		
		0	1	Missing
IAFin N (%)	1.	0	0 (0)	0 (0)
		1	41 (73.2)	0 (0)
		2	14 (25.0)	1 (1.8)
	2.	0	0 (0)	0 (0)
		1	28 (50.0)	7 (12.5)
		2	3 (5.4)	0 (0)
	3.	0	5 (8.9)	0 (0)
		1	38 (67.8)	0 (0)
		2	2 (3.6)	0 (0)
	4.	0	0 (0)	0 (0)
		1	47 (83.9)	7 (12.5)
		2	0 (0)	0 (0)
	5.	0	0 (0)	0 (0)
		1	45 (80.3)	6 (10.7)
		2	1 (1.8)	2 (3.6)

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

Nota. A congruência é obtida através dos seguintes modos: pontuação 0 no IAFAI (ausência de incapacidade funcional) e pontuação 2 no IACFin (desempenho máximo no domínio) ou pontuação 1 no IAFAI (presença de incapacidade funcional) e pontuações 0 ou 1 no IACFin (desempenho incorrecto ou parcialmente correcto, respectivamente).

4.3.5. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Reportada por informadores (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin)

Atendendo ao apresentado na Tabela 14, e considerando a amostra total de informadores que preencheram o IAFAI, verificamos a existência de uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre a incapacidade funcional reportada por informador em atividades de vida diária envolvendo as finanças (IAFAI) e o desempenho efetivo do participante nas tarefas de natureza financeira (IACFin), na utilização do cartão de multibanco ($r_s=0.559$; $p=.038$).

Considerando a subamostra de informadores de participantes adultos, verificamos, de igual modo, a existência de uma correlação positiva moderada, estatisticamente significativa, entre a incapacidade funcional reportada por informador nas atividades de vida diária envolvendo as finanças (IAFAI) e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira (IACFin) apenas na utilização do cartão multibanco ($r_s=0.572$; $p=.041$). Ou seja, a incapacidade funcional reportada por informador nestas tarefas não corresponde necessariamente a um pobre desempenho no IACFin. De notar que não foi possível estabelecer uma relação na utilização dos cheques, porque nenhum dos informadores relatou dificuldades nestes itens no IAFAI.

Tabela 14. IAFAI/IACFin: Incapacidade funcional reportada por informadores e desempenho efetivo

		IAFAI (Informador)					
		Amostra total (N=25)		Adultos (n=15)		Adultos idosos (n=10)	
		r_s	$p.$	r_s	$p.$	r_s	$p.$
	Total	.082	.696	-.079	.779	.159	.660
IACFin	1.	-.159	.447	-.094	.738	a.	a.
	2.	.559	.038	.572	.041	a.	a.
	3.	.338	.184	a.	a.	.266	.611
	4.	.016	.940	-.206	.479	.265	.459
	5.	-.104	.630	-.258	.373	.133	.715

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.
a. Não é possível estabelecer uma relação, porque nenhum dos participantes relatou dificuldades nestes itens, aquando da resposta ao IAFAI.

Considerando a subamostra de informadores de participantes adultos idosos, verificamos a existência de correlações positivas baixas, sem significado estatístico ($p > .05$), entre a incapacidade funcional reportada por informador nas atividades de vida diária envolvendo as finanças (IAFAI) e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira (IACFin) na capacidade financeira global, na utilização de cheques, no pagamento de despesas e no tratar de assuntos no banco. De notar que não foi possível estabelecer uma relação no conhecimento e utilização do dinheiro, nem na utilização dos cheques, porque nenhum dos informadores relatou dificuldades nestas atividades.

Na Tabela 15, são apresentadas as percentagens de congruência entre a incapacidade funcional reportada por informadores, no que concerne aos itens do domínio Finanças do IAFAI, e os cinco domínios do IACFin correspondentes.

Tabela 15. IAFAI/IACFin: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras - congruência entre o reportado por informadores e o desempenho efetivo

		IAFAI (Informador) (N=25)			
		0	1	Missing	
IACFin N (%)	1.	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		1	16 (64.0)	1 (4.0)	0 (0)
		2	8 (32.0)	0 (0)	0 (0)
	2.	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		1	12 (48.0)	2 (8.0)	10 (40.0)
		2	0 (0)	0 (0)	1 (4.0)
	3.	0	4 (16.0)	0 (0)	2 (8.0)
		1	11 (44.0)	1 (4.0)	5 (20.0)
		2	1 (4.0)	0 (0)	1 (4.0)
	4.	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		1	20 (80.0)	4 (16.0)	1 (4.0)
		2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	5.	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)
		1	20 (80.0)	3 (12.0)	1 (4.0)
		2	1 (4.0)	0 (0)	0 (0)

Legenda: 1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

Atendendo ao apresentado na Tabela 15, e considerando a amostra total de informadores, no domínio 1 obteve-se acordo entre os relatos do informador no IAFAI e o desempenho efetivo no IACFin em 9 participantes (36%). Especificamente, em 8 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade neste domínio e em 1 o acordo é relativo à presença de incapacidade. Em dezasseis casos (64%) não é observada congruência. No que concerne ao domínio 2, obteve-se acordo em apenas 2 participantes (8%) quanto à presença de incapacidade neste domínio, não sendo observada esta congruência em doze dos participantes. No que concerne ao domínio 3, obteve-se acordo em apenas 2 dos participantes (8%). Especificamente, em 1 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade neste domínio e no outro o acordo é relativo à presença de incapacidade. Em quinze casos (60%) não é observada congruência. De igual modo, no domínio 4, obteve-se apenas acordo em 4 dos participantes (16%) quanto à presença de incapacidade neste domínio, não sendo observada esta congruência em vinte dos participantes (80%). Por último, no domínio 5, obteve-se acordo em 4 participantes (16%). Especificamente, em 1 deles o acordo é relativo à inexistência de incapacidade, neste domínio, e em 3 o acordo é relativo à presença de incapacidade. Em vinte casos (80%) não é observada congruência. De um modo geral, os dados apontam para uma tendência dos informadores para subrelatar as dificuldades dos participantes nestes domínios. Apesar dos informadores assinalarem a ausência de incapacidade funcional nas tarefas (pontuações “0”) relativas às finanças (IAFAI), os participantes não alcançam um desempenho totalmente correcto (pontuações “2”) nessas mesmas tarefas, no IACFin.

Parecem existir algumas fragilidades na capacidade funcional em tarefas de natureza financeira que não são correctamente sinalizadas pelos informadores. Mesmo quando o informador anota a não aplicabilidade da tarefa, salienta-se, em alguns casos, um desempenho parcial ou mesmo totalmente correcto nessas tarefas (cf. por exemplo, domínio 2).

4.4. Estudo 4. Vulnerabilidade social: Efeito das variáveis sócio-demográficas

Para o estudo do efeito das variáveis sócio- na VS, examinamos as relações entre as variáveis supracitadas e a VS auto-reportada e a reportada por informador. Em algumas variáveis, foi necessário proceder a reagrupamento das subcategorias de forma a constituir grupos mais homogêneos. No género, o reduzido número de participantes homens (8 vs 48 mulheres) inviabiliza uma análise comparativa válida, sendo o dado aqui apresentado exploratório. No estado civil foram constituídos dois grupos, um relativo aos participantes “com companheiro(a)” (casados) (n=35) e um outro grupo relativo aos participantes “sozinhos” (solteiros, divorciados e viúvos) (n =21). Na escolaridade, consideraram-se dois grupos, ou seja, escolaridade até ao 4º ano (n=29) e escolaridade superior ao 4º ano (n=27). Na situação profissional, procede-se à comparação entre os participantes no ativo (n=19) e os participantes reformados (n=35) (tendo sido eliminado um participante desempregado e outro

participante que se encontrava noutra situação profissional, isto é, um participante com mais de 65 anos que não está reformado porque nunca trabalhou). Na condição atual de vida, foram constituídos também dois grupos, o grupo de participantes que vivem na sua própria casa (n=46) e o grupo de participantes que recebem algum tipo de apoio ou suporte e já não vivem integralmente na sua própria casa (n=10) (vivem em casa de familiares ou frequentam centro de dia). Quanto à região geográfica, comparam-se os participantes a residir no litoral (n=21) e no interior (n=35). Na área geográfica, consideram-se apenas a dicotomização entre zona urbana (n=26) (constituído pelos participantes que vivem numa área predominantemente ou moderadamente urbana) e zona rural (n=30).

Atendendo ao apresentado na Tabela 16, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas na VS auto-reportada nas variáveis escolaridade e região geográfica. Na VS reportada por informadores, não se observam efeitos das características sócio-demográficas.

Tabela 16. SVS: Vulnerabilidade social - Efeitos das variáveis sócio-demográficas

		SVS (Próprio)		SVS (Informador)	
		M (DP) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (DP) [Min.-Máx.]	<i>p</i>
Género	Masculino	19.38 (14.050) [0-38]	.106	13.00 (9.487) [0-21]	.817
	Feminino	11.04 (7.397) [0-29]		12.51 (8.100) [0-28]	
Idade	(<i>r</i>)	-.153	.261	-.021	.899
Estado civil	Companheiro	11.86 (8.705) [0-29]	.760	12.41 (8.889) [0-28]	.831
	Sozinhos	12.86 (9.593) [3-38]		12.92 (6.360) [3-24]	
Escolaridade	≤ 4º Ano	8.83 (8.422) [0-38]	.001	11.05 (8.766) [0-28]	.142
	≥ 5º Ano	15.89 (8.196) [2-36]		14.33 (7.113) [0-25]	
Situação profissional	Ativo	12.32 (10.531) [0-36]	.814	11.29 (7.498) [0-25]	.360
	Reforma	12.06 (8.440) [0-38]		13.95 (8.388) [0-28]	
Condição atual de vida	Casa própria	11.67 (7.854) [0-29]	.622	13.08 (8.195) [0-28]	.170
	Com apoio	14.80 (13.223) [3-38]		6.33 (3.512) [3-10]	
Região geográfica	Litoral	15.19 (9.108) [2-38]	.053	12.56 (7.202) [0-24]	.920
	Interior	10.46 (8.525) [0-36]		12.57 (8.851) [0-28]	
Área geográfica	Urbana	15.04 (9.849) [2-38]	.043	12.76 (7.023) [0-24]	.843
	Rural	9.80 (7.481) [0-26]		12.41 (9.027) [0-28]	

No que concerne à variável **escolaridade**, os participantes com maior escolaridade tendem a percecionar-se como mais vulneráveis, sendo a diferença em relação aos participantes com menor escolaridade estatisticamente significativa ($U=191.000$; $p=.001$). Esta diferença não se observa quando se considera a VS percecionada pelo informador ($p>.05$).

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na **área geográfica** (apenas nos auto-relatos de vulnerabilidade). Os participantes que vivem numa área urbana percecionam-se como mais vulneráveis comparativamente aos participantes a residirem numa área rural ($U=267.000$; $p=.043$).

Salienta-se que na **região geográfica** se observa uma diferença perto do limiar da significância estatística. Os participantes que vivem no litoral do país percecionam-se como mais vulneráveis por comparação aos participantes que residem no interior ($U=253.500$; $p=.053$).

De um modo geral, as características sócio-demográficas dos participantes não parecem influenciar a percepção do informador.

4.5. Estudo 5. Vulnerabilidade social: Efeito do funcionamento cognitivo, incapacidade funcional e capacidade financeira, sintomatologia depressiva, problemas de saúde e características da personalidade

Para o estudo do efeito do funcionamento cognitivo, da incapacidade funcional e capacidade financeira, da sintomatologia depressiva, dos problemas de saúde e das características da personalidade na vulnerabilidade social, examinamos as relações entre as variáveis supracitadas e a VS auto-reportada (N=56) e reportada por informador (N=39).

Atendendo ao apresentado na Tabela 17, verificamos a existência de correlações positivas baixas, estatisticamente significativas, entre a VS auto-reportada e alguns domínios do **funcionamento cognitivo**, nomeadamente com o MMSE ($r=0.267$; $p=.047$) e o domínio do ACE-R relativo à fluência verbal ($r=0.274$; $p=.041$). Estas correlações sugerem que resultados elevados na SVS encontram-se associados a resultados elevados no MMSE e no domínio da fluência verbal avaliado no ACE-R. Relativamente à associação entre a VS reportada por informador e o funcionamento cognitivo, não são observadas diferenças com significado estatístico em nenhum dos domínios do ACE-R ($p>.05$). Apesar dos participantes com declínio cognitivo terem, em médias, resultados mais elevados na VS (auto-reportada e reportada por informador) não se diferenciaram significativamente dos participantes sem declínio cognitivo ($p>.05$), sendo esta análise meramente exploratória, dado o reduzido número de participantes com declínio cognitivo.

Quanto à relação entre a VS (auto-reportada e reportada por informador) e a **incapacidade funcional (auto-reportada e reportada por informador)** não são encontradas correlações estatisticamente significativas ($p>.05$). Apenas se observa uma associação positiva e estatisticamente significativa entre os auto-relatos de incapacidade funcional nas ABVD e a VS reportada por informador ($r=0.342$; $p=.033$), indicando que maior incapacidade funcional em atividades de vida diária mais básicas relatada pelo próprio sujeito se associa a maiores valores de VS percebida pelo informador. Observa-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a incapacidade funcional atribuída a fatores emocionais (relatada pelo informador) e a VS auto-reportada ($r=-0.410$; $p=.042$).

Por último, e considerando o **desempenho efetivo em tarefas financeiras (capacidade financeira)**, verifica-se uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre a VS auto reportada e a aptidão financeira na utilização dos cheques ($r=-0.284$; $p=.036$). Estes dados sugerem que quanto maior capacidade para utilizar cheques, menor a VS reportada pelo próprio. Relativamente à relação entre a capacidade financeira e a VS reportada por informador, não se verificam associações

estatisticamente significativas ($p > .05$).

Tabela 17. SVS: Vulnerabilidade social - Efeito das variáveis psicológicas

		SVS (Próprio)	SVS (Informador)
ACE-R <i>r</i> (<i>p</i>)	MMSE	.267 (.047)	.260 (.110)
	Total	.252 (.061)	.103 (.532)
	Atenção Orientação	.203 (.133)	-.030 (.857)
	Fluência Verbal	.274 (.041)	.038 (.817)
	Memória	.230 (.088)	.109 (.509)
	Linguagem	.171 (.208)	.158 (.337)
	Visuo-Espacial	.143 (.293)	.121 (.464)
Declínio cognitivo M (Dp) [Min.-Máx.]	Sim	12.67 (12.570) [1-38]	13.67 (9.438) [0-27]
	Não	12.15 (8.293) [0-36]	12.36 (7.999) [0-28]
		(<i>p</i>)	(.797)
		(<i>p</i>)	(.815)
GDS-30	<i>r</i> (<i>p</i>)	.013 (.926)	-.094 (.570)
Sintomatologia depressiva M (Dp) [Min.-Máx.]	“Ausência”	11.75 (9.497) [0-36]	12.24 (7.327) [0-25]
	“Ligeira” e “Severa”	12.87 (8.384) [1-38]	12.94 (9.149) [0-28]
		(<i>p</i>)	(.497)
		(<i>p</i>)	(.832)
Problemas de saúde M (Dp) [Min.-Máx.]	Sim	12.85 (8.419) [2-38]	14.35 (8.318) [2-28]
	Não	11.35 (9.842) [0-36]	10.68 (7.660) [0-25]
		(<i>p</i>)	(.309)
		(<i>p</i>)	(.147)
NEO-FFI <i>r</i> (<i>p</i>)	Neuroticismo	.311 (.020)	.124 (.453)
	Extroversão	.119 (.383)	.422 (.008)
	Abertura à experiência	.440 (.001)	.277 (.088)
	Amabilidade	.189 (.164)	-.099 (.549)
	Conscienciosidade	-.153 (.260)	-.230 (.159)
IAFAI (Próprio) <i>r</i> (<i>p</i>)	Total	.169 (.212)	.234 (.152)
	ABVD	.227 (.093)	.342 (.033)
	AIVD-F	.131 (.337)	.217 (.185)
	AIVD-A	.088 (.866)	.040 (.810)
	Físico	.150 (.268)	.180 (.273)
	Cognitivo	.118 (.386)	.193 (.239)
	Emocional	.183 (.176)	.198 (.227)
IAFAI (Informador) <i>r</i> (<i>p</i>)	Total	-.120 (.569)	.088 (.676)
	ABVD	.284 (.169)	.329 (.108)
	AIVD-F	.095 (.651)	.227 (.275)
	AIVD-A	-.356 (.081)	-.166 (.427)
	Físico	.173 (.408)	.251 (.226)
	Cognitivo	-.083 (.695)	.095 (.652)
	Emocional	-.410 (.042)	-.317 (.122)
IACFin <i>r</i> (<i>p</i>)	Total	-.184 (.179)	-.253 (.120)
	1	-.156 (.256)	-.169 (.304)
	2	-.131 (.341)	-.246 (.131)
	3	-.284 (.036)	-.238 (.145)
	4	.006 (.964)	-.213 (.194)
	5	-.188 (.170)	-.163 (.320)

Quanto à relação entre a VS (auto-reportada e reportada por informador) e o **funcionamento emocional**, não se observam coeficientes de correlação com significado estatístico, não sendo de igual

modo observadas diferenças significativas considerando o grupo com e sem sintomatologia depressiva ($p > .05$).

Em média os **participantes com problemas de saúde** tendem a apresentar valores mais elevados na VS (auto-reportada e reportada por informador), embora esta diferença não alcance significado estatístico ($p > .05$).

Verificam-se correlações positivas e estatisticamente significativas entre a VS reportada pelo próprio e as pontuações nos **domínios de personalidade** *Neuroticismo* ($r=0.311$; $p=.020$) e *Abertura à experiência* ($r=0.440$; $p=.001$). Estas correlações sugerem que os sujeitos mais instáveis emocionalmente e propensos para a ação ou com maior curiosidade intelectual se percebem como mais vulneráveis. Relativamente à associação entre a VS reportada por informador e as características de personalidade, verifica-se uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa entre a VS reportada pelo informador e a *Extroversão* ($r=0.422$; $p=.008$). Ou seja, pessoas mais extrovertidas são percebidas pelos informadores como mais vulneráveis socialmente.

V - Discussão

O presente trabalho de investigação foi definido de acordo com um conjunto de cinco estudos. Estes pretendem constituir-se como uma análise exploratória dos fatores envolvidos na VS em adultos e adultos idosos, com vista à sinalização de possíveis fatores de risco.

No **primeiro estudo**, os resultados demonstraram que, quer considerando os auto-relatos, quer considerando o reportado pelos informadores, o grupo de adultos não se diferenciou significativamente do grupo de adultos idosos quanto à VS. Pinsker, Stone, Pachana e Greenspan (2006), aquando do desenvolvimento da SVS, verificaram que a idade não contribuía de modo significativo para a predição da vulnerabilidade social em idosos saudáveis, considerando o relato dos informadores, ou seja, a idade avançada, por si só, não estava associada a uma maior vulnerabilidade social. Estes dados contrariam claramente os estereótipos que retratam a velhice como um período inevitavelmente caracterizado por declínio e vulnerabilidade. Contudo, Andrew, Mitnitski e Rockwood (2008) concluíram que a VS aumenta com a idade, considerando um índice de vulnerabilidade social. Em outros estudos o envelhecimento tem sido referenciado como um fator de vulnerabilidade ao abuso. A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012a) encontrou uma percentagem de abuso geral na ordem dos 8.6% em população com 65 ou mais anos de idade. Especificamente quanto aos crimes contra o património, entre 2000 e 2011, este tipo de crime atingiu 856 pessoas idosas (6,7%) (APAV, 2012b). Choi, Kulick e Mayer (1999) concluem que os idosos vítimas de exploração financeira se caracterizam pela pertença à faixa etária dos 70 anos e, adicionalmente, pela presença de défices cognitivos. De acordo com dados revelados pelas Nações Unidas (2002), «a vulnerabilidade das pessoas idosas ao abuso também pode ser

reduzida quando se mantêm ativas e produtivas, a fim de continuarem a contribuir para a sociedade, para a comunidade e para a família». Neste âmbito, salientamos que a maioria dos adultos idosos que participaram no estudo, apesar de reformados, mantém um papel ativo no âmbito da família (por exemplo, responsabilidades para com os netos) e da comunidade (por exemplo, participação em atividades no centro comunitário).

Os resultados deste estudo sugeriram ainda congruência entre VS auto-reportada e a VS reportada pelos informadores, considerando a amostra total e o grupo de adultos, não se tendo observado esta mesma associação no grupo de adultos idosos (apesar desta se encontrar perto do limiar de significância). A ausência de uma associação estatisticamente significativa no grupo de adultos idosos vem realçar a importância da administração deste instrumento aos informadores. Os próprios autores advertem para a necessidade de a escala ser respondida por um informador, já que a perda de *insight* se encontra associada a muitas perturbações do foro neurológico (Pinsker, Stone, Pachana, & Greenspan, 2006). Apesar dos informadores tenderem a caracterizar os participantes com maiores níveis de VS em comparação com os auto-relatos dos próprios, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (na amostra total, no grupo de adultos e no grupo de adultos idosos). Estes dados parecem ser indicativos de que, em situações de envelhecimento normativo, bem como em adultos sem patologia neurológica ou psiquiátrica, as perceções de VS dos próprios e dos informadores convergem. Salientamos adicionalmente que as características dos informadores não se revelaram determinantes na sua avaliação da VS dos participantes. A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados.

No **segundo estudo**, os resultados demonstraram que o grupo de adultos idosos reportou maior incapacidade funcional do que o grupo de adultos (incapacidade funcional global, física e cognitiva). Estes dados vão ao encontro dos resultados encontrados em outros estudos, que apontam para uma diminuição da capacidade funcional com o aumento da idade cronológica (Figueiredo, 2007; Marson & Hebert, 2006; Serra, 2006). Figueiredo (2007) e Serra (2006) referem ainda que a existência de variadas comorbilidades médicas e de perdas cognitivas e intelectuais na população envelhecida resulta numa maior vulnerabilidade física e mental, aumentando as dificuldades sentidas pelos idosos na realização de algumas AVD. Em Portugal, os Censos de 2011 refletem este panorama, já que cerca de 50% da população idosa (com 65 ou mais anos) tem muita dificuldade, ou não consegue realizar, pelo menos uma das 6 atividades do dia-a-dia (ver, ouvir, andar, memória/concentração, tomar banho/vestir-se, compreender os outros/fazer-se entender) (INE, 2012a), sendo que estas dificuldades afetam 995213 pessoas idosas em Portugal (INE, 2012b).

No que concerne à incapacidade funcional reportada por informador, o grupo de adultos não se diferenciou significativamente do grupo de adultos idosos em nenhum dos indicadores de incapacidade funcional. A este respeito, observou-se que características como a idade,

género e escolaridade do informador não se encontram associadas à sua avaliação da incapacidade funcional dos participantes. No entanto, salvaguarda-se que foi observado um efeito do tipo de relação (filhos dos participantes tendem a caracterizá-los com menor incapacidade funcional nas ABVD) e da frequência do contacto entre o informador e o participante (menor contacto com o participante está associado a maior incapacidade funcional global, nas AIVD-A, bem como na incapacidade funcional física e cognitiva). A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados.

Foram também encontradas associações estatisticamente significativas entre os auto-relatos de incapacidade funcional e a incapacidade funcional reportada pelos informadores, em todos os indicadores do IAFAI (considerando a amostra total e a subamostra de adultos). Na subamostra de adultos idosos apenas se observou esta associação na incapacidade funcional devida a fatores de natureza cognitiva. Compatível com estes dados é o facto de apenas ter sido observada uma diferença estatisticamente significativa entre o relato do próprio e o relato do informador quanto à incapacidade funcional devida a fatores de natureza emocional (considerando a amostra total e o grupo de adultos). Os participantes reportam níveis de incapacidade funcional (devida a fatores de natureza emocional) superiores quando comparados com a incapacidade funcional reportada pelos informadores (nenhum dos informadores havia reportado a presença de incapacidade funcional devido a problemas emocionais). Contudo, na subamostra de adultos idosos não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os auto-relatos de incapacidade funcional e a incapacidade reportada por informadores. A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados.

No **terceiro estudo** os resultados demonstraram que o grupo de adultos idosos apresenta melhores desempenhos nas tarefas de natureza financeira avaliadas pelo IACFin, nomeadamente considerando a capacidade financeira global, o conhecimento e utilização do dinheiro, a utilização do cartão de multibanco e a utilização dos cheques. Estes dados não são concordantes com a maioria dos estudos que apontam para um declínio nas aptidões de natureza financeira no decorrer do processo de envelhecimento (Mason & Heber, 2008; Triebel & Marson, 2012). Outros autores acrescentam que a perda de capacidade financeira não ocorre apenas em condições médicas como a doença de Alzheimer ou demências relacionadas, podendo observar-se também no envelhecimento cognitivo normal (Mason & Sabatino, 2012). No entanto, segundo alguns autores, os défices na capacidade financeira surgem geralmente associados a doenças que causam declínio cognitivo, tais como, a demência e a doença de Alzheimer (Flint, Sudore, & Widera, 2012). Portanto, a percentagem reduzida de adultos idosos com declínio cognitivo que constituem a nossa amostra poderá explicar, em parte, os resultados encontrados. No que concerne à incapacidade funcional nas aptidões financeiras, não foram observadas diferenças com significado estatístico entre o grupo de adultos e o grupo de adultos idosos, considerando os auto-relatos e o reportado por informador. Estes dados

contrariam resultados encontrados noutros estudos, onde se verifica uma diminuição da capacidade funcional, incluindo-se as aptidões de natureza financeira, com o aumento da idade cronológica (Figueiredo, 2007; Marson & Hebert, 2006; Serra, 2006).

Neste estudo verificámos ainda a existência de correlações positivas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional nas aptidões financeiras auto-reportada e a incapacidade funcional nas aptidões financeiras reportada por informador no resultado total do domínio Finanças do IAFAI, no item 2 (Utilização do cartão de multibanco) e no item 5 (Tratar de assuntos no banco). No grupo de adultos idosos, apenas se observa uma associação positiva e com significado estatístico entre os auto-relatos de incapacidade funcional e o reportado por informadores no que concerne ao item 4 (Pagamento de despesas). Estes dados são corroborados pelas elevadas percentagens de acordo obtidas entre os auto-relatos do próprio e do informador relativamente à incapacidade funcional em tarefas de natureza financeira (domínio Finanças do IAFAI). A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados.

Apesar das elevadas percentagens de acordo obtidas entre os auto-relatos do próprio e do informador, tornou-se importante determinar até que ponto os auto-relatos e os relatos de incapacidade funcional dos informadores seriam compatíveis com o desempenho efetivo nessas mesmas tarefas de natureza financeira. Apesar de ter sido observada uma associação significativa entre a incapacidade funcional reportada pelo informador e o desempenho efetivo relativamente ao uso do cartão de multibanco (amostra total, subamostra de adultos), de um modo geral, não se reportaram associações entre a incapacidade funcional auto-reportada e reportada pelos informadores nas tarefas financeiras (IAFAI) e o desempenho efetivo do sujeito nessas mesmas tarefas (IACFin). A incapacidade funcional auto-reportada e reportada pelos informadores em tarefas de natureza financeira (IAFAI) não se traduz necessariamente num pobre desempenho nessas mesmas tarefas (IACFin). Do mesmo modo, a ausência de incapacidade funcional relatada no IAFAI (pelo próprio e pelo informador) não corresponde necessariamente a um desempenho totalmente correto nas tarefas correspondentes do IACFin. Estes dados apontam para a necessidade de uma avaliação mais exaustiva das aptidões de natureza financeira, que não se baseie apenas nos relatos (dos próprios e dos informadores) mas com recurso a tarefas de desempenho, com uma maior validade ecológica. Ou seja, algumas fragilidades na capacidade funcional em tarefas de natureza financeira apenas são detetadas com recurso a este tipo de exame. De facto, segundo vários autores, as medidas baseadas na observação de desempenho têm sido apontadas como sendo mais vantajosas (Guralnik, Branch, Cummings, & Curb, 1989; Tinetti, 1986, citados por West, Rubin, Munoz, Abraham, Fried, & The Salisbury Eye Evaluation Project Team, 1997). Estes dados poderão ainda ser explicados pelo sistema de cotação já que os itens pertencentes ao domínio Finanças do IAFAI são cotados com 0 (ausência de dificuldade) ou 1 ponto (presença de dificuldade) enquanto os itens pertencente ao IACFin são cotados com 0 (desempenho

totalmente incorreto), 1 (desempenho parcialmente correto) ou 2 pontos (desempenho totalmente correto), sendo este último mais discriminativo (cf. Anexo H). As percentagens de incongruência entre os relatos do informador e o desempenho efetivo podem dever-se ao não conhecimento exato das dificuldades de natureza financeira que os participantes apresentam. De salientar que algumas características dos informadores tinham impacto na avaliação que faziam da incapacidade funcional dos participantes, especificamente, a frequência do contacto que estava associada a incapacidade funcional reportada nas AIVD-A (onde se inclui o domínio finanças)

No **quarto estudo**, foi analisado o efeito das variáveis sócio-demográficas dos participantes nos auto-relatos de vulnerabilidade social, bem como nos relatos dos informadores. Salientamos que o quarto e o quinto estudos foram concretizados atendendo à amostra total uma vez que não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas na SVS (cf. Estudo 1). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os participantes do género masculino e os participantes do género feminino, quer na VS auto-reportada, quer na VS reportada por informador. No entanto, estes dados devem ser relativizados dado o reduzido número de participantes homens. Destaca-se o estudo de Kim e Geistfeld (2008) onde se verificou uma inconsistência dos resultados quanto à maior vulnerabilidade nos homens ou nas mulheres, o que vai ao encontro dos resultados encontrados na presente investigação, apesar da vulnerabilidade, referida pelos autores, resultar da combinação de três indicadores: estado de saúde, capacidade cognitiva e apoio social. Noutro estudo sobre VS concluiu-se que as mulheres tinham valores de VS superiores (Andrew, Mitnitski, & Rockwood, 2008). Neste estudo, os autores não calcularam o índice de vulnerabilidade social com recurso à SVS, o que pode explicar a ausência de congruência entre os dois estudos. Apesar de não se terem encontrado diferenças estatisticamente significativas na presente investigação, as mulheres continuam a ser identificadas em diversos estudos como mais vulneráveis aos abusos cometidos por terceiros (Andrew, Fisk, & Rockwood, 2011; Andrew, Mitnitski, & Rockwood, 2008). A título exemplificativo, das 8693 vítimas de crime que recorreram aos serviços da APAV, em 2011, 80% eram do sexo feminino (APAV, 2012a).

Os resultados sugeriram também que os participantes mais escolarizados tendiam a percecionarem-se como mais vulneráveis, em relação aos participantes menos escolarizados, facto que não se observa na VS reportada pelos informadores. Contudo no estudo levado a cabo por Kim e Geistfeld (2008), o aumento da vulnerabilidade encontra-se associado ao nível educacional reduzido. Os resultados encontrados poderão dever-se, em parte, a uma melhor compreensão dos sinais de vulnerabilidade pelos participantes mais escolarizados e daí a sua resposta no inventário, no que diz respeito ao auto-relato de VS.

Foram encontradas também diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que viviam numa área urbana e os que viviam numa área rural, sendo que os residentes em áreas urbanas se percecionam como mais vulneráveis. À semelhança do observado na

escolaridade, esta diferença apenas surge considerando o relato do próprio. Estes dados não são concordantes com os resultados encontrados por Kim e Geistfeld (2008), que verificaram que o grupo de participantes que viviam numa área rural eram mais vulneráveis, podendo a diferença entre os dois estudos dever-se à variável utilizada (medida de VS utilizada). Estes resultados poderão ainda dever-se ao efeito confundente entre a escolaridade e a região geográfica, isto é, os menos escolarizados provém das zonas rurais, por isso é que os participantes menos escolarizados e os participantes residentes numa área rural se apresentam como menos vulneráveis.

Salienta-se ainda a diferença encontrada entre os participantes que vivem no litoral do país e aqueles que vivem no interior do país, no que diz respeito à VS auto-reportada, que se encontra perto do limiar de significância. Sendo que os segundos tendem a perceberem-se como menos vulneráveis em relação aos primeiros. Verificou-se, porém, a tendência inversa no relato do informador, apesar de diferença encontrada não ser estatisticamente significativa. A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados. No entanto, podemos acrescentar que os níveis de VS inferiores encontrados no grupo de participantes que vivem numa área rural e no grupo de participantes que vivem no interior do país poderão dever-se à existência de uma forte rede de apoio comunitário que é considerada como um meio de reduzir e evitar abusos (Kim & Geistfeld, 2008; Paúl, 2005). O suporte social em contexto rural tem de facto visibilidade, pois o vizinho é sobretudo o contacto mais permanente de que o idoso dispõe, já que muitos idosos vivem longe dos seus filhos e netos devido à emigração destes para o litoral do país. Nestes casos, a maioria dos idosos prestam apoio a outros idosos, estando todos em situação semelhante, existindo assim uma troca de vivências, por vezes conjuntas, de solidariedade entre os seus habitantes (Paúl, 2005).

No que concerne à variável estado civil, os participantes “sozinhos” tendem a apresentar uma VS mais elevada do que os participantes com “companheiro(a)”, considerando o relato do próprio e o relato do informador, apesar da diferença observada não ter significado estatístico. A ausência de estudos sobre o efeito da variável estado civil nos relatos de vulnerabilidade social impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados. No entanto, os dados encontrados poderão dever-se ao isolamento social, já o isolamento social em que se encontram muitos idosos, nas nossas sociedades, como consequência de problemas de saúde, reforma, perda do cônjuge ou amigos (Kim & Geistfeld, 2008), potencia os comportamentos abusivos de que os idosos são vítimas, já que não têm uma forma de validar a informação que lhe é fornecida pelo agressor (Dias, 2005; Kim & Geistfeld, 2008; Levine, 2003; Nações Unidas, 2002; Podnieks, 2008; Reis, 2000; WHO, 2002a).

Verificámos também que, apesar da diferença observada não ter significado estatístico, os participantes que já não residiam integralmente na sua própria casa percebem-se como mais vulneráveis. De facto, a existência de variadas comorbilidades médicas nas pessoas idosas resulta numa maior vulnerabilidade física e mental, bem como no aumento dos

níveis de dependência (Figueiredo, 2007; Serra, 2006). A perda de autonomia na realização de algumas AVD poderá justificar os resultados encontrados devido à percepção de falta de autonomia que sentem quando vivem na casa de familiares ou frequentam um centro de dia. A ausência de estudos congêneres impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados.

Apesar da diferença observada não ter significado estatístico, os participantes que se encontram no ativo percebem-se como mais vulneráveis, embora no relato do informador a tendência seja inversa. Estes resultados poderão ainda dever-se ao efeito confundente entre a escolaridade e a situação profissional, isto é, os menos escolarizados são os participantes reformados. Por isso, não surpreende que os participantes menos escolarizados e os participantes reformados se apresentem como menos vulneráveis.

Salientamos, adicionalmente, que as características sócio-demográficas dos participantes não se revelaram associadas aos relatos de VS por parte dos informadores. A ausência de estudos que analisem o efeito das características sócio-demográficas nos seus relatos de vulnerabilidade social impossibilita uma discussão mais aprofundada destes resultados. De salientar que, no presente estudo foi considerado o relato do próprio para além do relato do informador, algo que ainda não tinha sido feito pelos autores da SVS.

No **quinto** e último **estudo**, foi analisada a relação entre a VS (auto-reportada e reportada por informador) e o funcionamento cognitivo, a capacidade funcional e financeira, a sintomatologia depressiva, os problemas de saúde e as características da personalidade.

Foram observadas associações estatisticamente significativas entre o MMSE (pontuação derivada do ACE-R) e o domínio Fluência e a VS auto-reportada. Relativamente à associação entre a VS reportada por informador e o funcionamento cognitivo, não são observadas associações com significado estatístico em nenhum dos domínios do ACE-R. Apesar dos participantes com declínio cognitivo terem, em média, resultados mais elevados na VS (auto-reportada e reportada por informador) não se diferenciaram significativamente dos participantes sem declínio cognitivo, sendo esta análise meramente exploratória, dado o reduzido número de participantes com declínio cognitivo. De acordo com Pinsker e McFarland (2010), o declínio no funcionamento intelectual geral é um determinante importante da VS nas pessoas mais velhas. Por este motivo, aqueles investigadores analisaram a relação entre o funcionamento intelectual, medido pela *Wechsler Intelligence Scale* (WAIS-III; Wechsler, 1997) e a VS (medida pela SVS-15) tendo verificado uma correlação significativa entre as duas variáveis com os participantes com menor funcionamento intelectual a serem avaliados pelos informantes como mais vulneráveis à exploração. Segundo os autores, a capacidade de raciocínio verbal diminuída, por exemplo, poderá comprometer a capacidade para compreender a informação apresentada por um agressor. Contudo, na investigação de Andrew, Fisk e Rockwood (2011) não foi encontrada uma relação entre a VS e os desempenhos nos subtestes compreensão e semelhanças da *Wechsler Adult Intelligence Scale*-

Revised (WAIS-R; Wechsler, 1981) e outros testes relativos a outros domínios da cognição (e.g., memória a longo prazo, avaliada pelo subteste informação da *Wechsler Memory Scale* (WMS; Wechsler, 1974), a compreensão da linguagem avaliada pelo *Token Test* (Benton & Hamsher, 1989) e a capacidade de construção avaliada pelo subteste cubos da WAIS-R), apesar das pessoas mais vulneráveis socialmente terem obtido desempenhos inferiores na fluência verbal (FAS), resultado compatível com o que foi encontrado na presente investigação. Destaca-se ainda o estudo de Andrew e Rockwood (2010), onde se verificou que a VS prevê o declínio cognitivo, isto é, os participantes socialmente mais vulneráveis têm maior probabilidade de vir a ter declínio cognitivo.

Os resultados demonstraram que, apesar das associações não serem estatisticamente significativas, os participantes mais deprimidos tendiam a apresentar uma VS mais elevada, considerando o relato do próprio, tendo-se verificado a tendência inversa no relato do informador. Não foram, de igual modo, observadas diferenças significativas considerando o grupo com e sem sintomatologia depressiva, apesar dos primeiros tenderem a apresentar valores mais elevados na VS (auto-reportada e reportada por informador). Como as alterações do estado emocional, nomeadamente, o aparecimento de sintomatologia depressiva, são recorrentes na população idosa (Veríssimo, 2006; WHO, 2002b) e como a população idosa é considerada vulnerável supõe-se que VS e depressão se encontrem relacionadas. No entanto, devido à ausência de estudos que analisem a relação entre estas duas variáveis é impossível fazer uma discussão mais aprofundada destes resultados. Em muitos estudos a presença de sintomatologia depressiva parece estar também associada à ocorrência de abusos contra os idosos (Reis, 2000; Veríssimo, 2006).

Em média, os participantes com problemas de saúde tendem a apresentar valores mais elevados na VS (auto-reportada e reportada por informador), embora esta diferença não alcance significado estatístico. Apesar da ausência de estudos que analisem o efeito desta variável nos relatos de VS o que nos impede de fazer uma discussão mais aprofundada dos resultados, podemos supor que os resultados obtidos se devem, provavelmente, ao facto de com a idade aumentar a probabilidade de infeções, de doenças crónicas, de declínio gradual das funções de alguns órgãos (e.g., o coração, os pulmões, os rins), de enfraquecimento muscular e da alteração nos processos sensoriais e percetivos (cf., por exemplo, WHO, 2002b). Por isso, é expectável que os idosos com problemas de saúde sejam socialmente mais vulneráveis. Mas os problemas de saúde podem estar associados a outros fatores, que aumentam a ocorrência dos abusos, entre os quais, a falta de oportunidade e de serviços de saúde (WHO, 2002a), as deficientes condições de higiene e habitabilidade (Dias, 2005), principalmente em situações de pobreza (Dias, 2005; Donovan & Regehr, 2010; Nações Unidas, 2002; WHO, 2002a). A ausência de participantes com problemas graves de saúde poderá justificar a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos já que o grupo dos participantes com problemas de saúde foi definido com base na presença de qualquer problemas de saúde, seja ele grave ou muito grave.

Foram observadas associações estatisticamente significativas e positivas entre a VS auto-reportada e o domínio Neuroticismo e Abertura à experiência. No que concerne à VS reportada por informador, observaram-se relações estatisticamente significativas e positivas entre a VS reportada por informador e o domínio Extroversão. Os dados não são concordantes com os estudos de Koole et al. (2001, citado em Pinsky & McFarland, 2010), que referem que a maior VS está geralmente associada a maior amabilidade. Segundo os autores, os indivíduos com elevada amabilidade são mais confiantes, cooperativos e tolerantes. Tais indivíduos estão também mais propensos a responder ao *feedback* das outras pessoas em situações de dilemas sociais e podem ainda estar dispostos a cumprir com os pedidos dos outros e, portanto, em maior risco de serem explorados. Pinsky e McFarland (2010), por sua vez, ao relacionarem a SVS com o NEO-FFI, não encontram associações significativas entre a VS e os traços de personalidade.

Quanto à relação entre a incapacidade funcional auto-reportada e a VS só foi observada uma associação estatisticamente significativa e positiva entre a incapacidade funcional em ABVD e a VS percebida pelo informador. Ou seja, quanto maior a incapacidade funcional nas ABVD referidas pelos participantes, mais vulneráveis estes participantes são percebidos pelos informadores. No que concerne à relação entre a incapacidade funcional reportada por informador e a VS os dados indicam uma associação estatisticamente significativa e negativa entre a incapacidade funcional devida a aspetos de natureza emocional e a VS auto-reportada. Ou seja, participantes que se percebem com maiores níveis de vulnerabilidade são caracterizados pelos informadores com menor incapacidade funcional (emocional), que poderá dever-se ao facto dos informadores não tenderem a relatar incapacidade funcional devido a fatores emocionais. De facto, de acordo com Greenspan e colaboradores (2001 citado em Pinsky, McFarland, & Pachana, 2010), as limitações físicas podem contribuir para a vulnerabilidade social. De um modo geral, os dados vão ao encontro da maioria dos estudos, que referem que a perda de autonomia funcional, considerando as várias esferas da vida diária, pode implicar sérios problemas, entre os quais os casos de coação, negligência, abuso ou exploração de idosos (Donovan & Regehr, 2010; Levine, 2003; Nações Unidas, 2002; Pinsky, McFarland, & Pachana, 2010). Existem, portanto, poucos estudos que relacionem a VS com a capacidade funcional, sendo impossível explorar mais os resultados encontrados na presente investigação.

Os resultados deste estudo sugerem ainda que quanto maior a aptidão financeira na utilização de cheques, menor a percepção de VS pelo próprio. A percepção de capacidade na utilização dos cheques associa-se a uma percepção de menor vulnerabilidade pelo participante. Atualmente, não existem estudos que relacionem a capacidade financeira e a VS, apesar da SVS avaliar a suscetibilidade para ser manipulado ou enganado repetidamente ou na presença de óbvios sinais de alarme, impossibilitando uma discussão mais aprofundada dos resultados. Posto isto, resta-nos referir que a dependência financeira (Reis, 2000), muitas vezes, devido a perda de capacidades funcionais em tarefas financeiras

(Choi, Kulick, & Mayer, 1999; Crosby et al., 2008; Mason & Sabatino, 2012) é um importante aspeto que contribui para a ocorrência do abuso financeiro na população idosa, salientando que a VS não significa necessariamente abuso. A impossibilidade de utilização da totalidade do IACFin (consultar anexo H para informação mais detalhada acerca da parte do instrumento utilizada), devido à ausência de um sistema de cotação definitivo, poderá levar-nos a caracterizar os participantes com maior nível de incapacidade financeira do que realmente têm. De notar, porém, que a selecção dos itens do IACFin não foi arbitrária, pretendendo-se uma equivalência conceptual aos itens do domínio Finanças do IAFAI.

VI – Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras

A presente investigação apresenta diversas limitações que devem ser consideradas, algumas das quais já foram referidas.

De referenciar inicialmente o tamanho reduzido da amostra que inviabiliza a generalização dos resultados para a população geral, sendo, portanto, pertinente em futuros estudos a utilização de uma amostra composta por um número maior de participantes. É de salientar que a amostra deste estudo é constituída maioritariamente por participantes do género feminino, sendo pertinente em futuros estudos a utilização de amostras mais heterogéneas e mais representativas. O mesmo se pode dizer em relação à maioria das características sócio-demográficas (e.g., estado civil, condição atual de vida).

A amostra deste estudo é de conveniência e é constituída por participantes da população geral. Portanto, seria importante alargar o presente estudo a uma amostra mais ampla, que nos permitisse constituir grupos distintos (e.g., participantes da população geral e participantes vítimas de abuso financeiro; participantes vítimas de abuso financeiro em contexto familiar e institucional; participantes vítimas de abuso financeiro com e sem declínio cognitivo).

A desejabilidade social poderá ter influenciado as respostas dos participantes, uma vez que algumas das questões se referem diretamente à sua vida, não querendo ser vistos como pessoas idosas com dificuldades, doentes e vulneráveis. Por isso, a interpretação dos resultados obriga a uma preocupação acrescida. Sendo, portanto, pertinente, em futuros estudos, a utilização de uma medida de desejabilidade social.

A possibilidade de complementar a avaliação com a administração de protocolos a dois informadores/ familiares distintos seria bastante enriquecedor, sobretudo para perceber as maiores discrepâncias e similitudes entre os relatos dos próprios e os relatos dos informadores.

Seria, ainda, útil replicar a investigação, longitudinalmente, incluindo os mesmos participantes, no sentido de analisar as alterações que vão surgindo com o processo de envelhecimento.

Por último, seria importante realizar mais estudos com a SVS já que não existem muitos estudos que relacionem a VS e algumas características sócio-demográficas (e.g., região geográfica, estado civil,

condição atual de vida, situação profissional) e alguns aspectos do funcionamento cognitivo, o que impediu fazer uma discussão mais aprofundada de alguns dos resultados.

VII – Conclusões

Os resultados obtidos na presente investigação permitiram-nos estabelecer diretrizes orientadoras para os técnicos que trabalham com a população idosa, com o objetivo último de proceder a uma avaliação mais precisa do idoso, que viabilize uma melhor sinalização dos idosos em risco.

De referir, inicialmente, que a idade não é sinónimo de VS. De facto, na presente investigação, o grupo de participantes adultos não se diferenciou do grupo de participantes adultos idosos no que diz respeito à VS. Portanto, os técnicos que trabalham/avaliam a população idosa não devem partir do princípio que estando perante uma pessoa idosa, esta seja necessariamente mais suscetível para ser manipulada ou enganada repetidamente ou na presença de óbvios sinais de alarme.

Constatámos ainda a importância do recurso aos informadores, já que obtivemos elevadas percentagens de acordo entre os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores no que concerne à VS (considerando a amostra total e o grupo de adultos). De facto, nem sempre isto acontece, principalmente perante pessoas idosas (tal como se verificou na presente investigação), principalmente quando estas têm perturbações do foro neurológico que podem comprometer a sua perceção em relação ao seu comportamento. Contudo, a administração de alguns instrumentos de avaliação psicológica a familiares/pessoas próximas dos idosos deve ser contextualizada e ponderada (por exemplo, devido à influência de algumas características dos mesmos nos relatos de incapacidade funcional). É importante recolher o máximo de informação possível sobre o informador e a relação que este mantém com o idoso, já que algumas destas informações poderão dar-nos indicações sobre a possibilidade do idoso estar em risco de exploração indevida.

Os dados obtidos na presente investigação apontam ainda para a necessidade de uma avaliação que não se baseie apenas nos relatos (dos próprios e dos informadores) mas que compreenda o recurso a tarefas de desempenho, com uma maior validade ecológica, como é o caso das tarefas de desempenho presentes no IACFin. Por exemplo, a ausência de incapacidade auto-reportada e reportada pelo informador raramente corresponde a um desempenho totalmente correto por parte do participante. Ou seja, os relatos podem não revelar algumas fragilidades do sujeito que apenas são detetadas em tarefas de desempenho.

Destaca-se ainda a importância da reabilitação e da educação permanente que devem ser fornecidas pelos técnicos ao idoso e aos membros da sua família, com o intuito de os alertar para situações típicas de exploração e, ao mesmo tempo, ensinar-lhes estratégias que os poderão ajudar a lidar com estas situações, cada vez mais frequentes na nossa sociedade.

No entanto, e apesar dos resultados deste estudo fornecerem evidências preliminares sobre o impacto de algumas variáveis sócio-demográficas e alguns aspetos do funcionamento cognitivo na VS, existe uma necessidade continuada de desenvolver protocolos de avaliação práticos e diretrizes orientadoras para os técnicos que trabalham/avaliam a população idosa, já que a identificação precisa das pessoas em elevado risco de exploração é fundamental para proteger os recursos económicos e o bem-estar do idoso e dos seus familiares.

Bibliografia

- Alberto, I.M.M. (2004). Velhos são... mas lêem romances de amor! Reflexões em torno do maltrato do idoso. *Psychologica*, 36, 63-73.
- American Bar Association Commission on Law and Aging & American Psychological Association (2008). *Assessment of older adults with diminished capacity: A handbook for psychologists*. Washington, DC: American Bar Association and American Psychological Association.
- American Psychological Association. (1999). *Elder abuse and neglect: In search of solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andrew, M.K., & Rockwood, K. (2010). Social vulnerability predicts cognitive decline in a prospective cohort of older Canadians. *Alzheimer's & Dementia*, 6, 319-325.
- Andrew, M.K., Fisk, J.D., & Rockwood, K. (2011). Social vulnerability and prefrontal cortical function in elderly people: A report from the Canadian study of health and aging. *International Psychogeriatrics*, 23(3), 450-458.
- Andrew, M.K., Mitnitski, A.B., & Rockwood, K. (2008). Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS ONE*, 3(5), 1-8.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012a). *Estatísticas APAV: Relatório anual 2011*.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012b). *Estatísticas APAV: Pessoas idosas vítimas de crime e de violência: 2001-2011*.
- Barreto, J., Leuchner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD), *Escalas e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 71-72). Lisboa: Novartis.
- Benton, A.L. & Hamsher, K. (1989). *Multilingual Aphasia Examination, Manual of Instructions* (2nd ed.). Iowa City: AJA Associates.
- Bond, J.B. Jr., Cuddy, R., Dixon, G.L., Duncan, K.A., & Smith, D.L. (2000). The financial abuse of mentally incompetent older adults: A canadian study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(4), 23-38.
- Choi, N.G., Kulick, D.B., & Mayer, J. (1999). Financial exploitation of elders: Analysis of risk factors based on county adult protective services data. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10(3/4), 39-62.
- Crosby, G., Clark, A., Hayes, R., Jones, K., & Lievesley, N. (2008). The financial abuse of older people. *A review from the literature carried out by the centre for policy in ageing on behalf of help the aged*. London: Help the Aged.
- Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos: Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento psicológico e de características sócio-demográficas
 Patrícia Sofia Camponês Cesário (e-mail: patriciasofiacesario@hotmail.com) 2013

- Department of Health [DoH]. (2000). *No secrets: Guidance on developing and implementing multi-agency policies and procedures to protect vulnerable adults from abuse*. London: Department of Health.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra os idosos. *Sociologia*, 15, 249-273.
- Donovan, K., & Regehr, C. (2010). Elder abuse: Clinical, ethical, and legal considerations in social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 38(2), 174-182.
- Fealy, G., Donnelly, N., Bergin, A., Treacy, M.P., & Phelan, A. (2012) *Financial Abuse of Older People: A Review*. Dublin: University College.
- Fernandes, L. (2008). Aspectos éticos e legais nos estados avançados de demência. *Acta Médica Portuguesa*, 21(1), 65-72.
- Ferreira, L.G., Vieira, D.N. & Firmino, H. (2006). Violência sobre os mais velhos. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 215-220). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Pessoas Idosas. *Polícia e Justiça: Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências criminal*, IIIª série, Número especial temático, 133-151.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Firmino, H., Simões, M.R., Pinho, S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R), versão experimental portuguesa autorizada*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Flint, L.A., Sudore, R.L., & Widera, E. (2012). Assessing Financial Capacity Impairment in Older Adults. *Generations*, 36(2), 59-65.
- Franzen, M.D. (2008). Neuropsychological evaluations in the context of competency decisions. In A. MacNeill, & L.C. Hartlage (Eds.), *Handbook of forensic neuropsychology* (pp. 505-518). New York: Springer Publishing Company.
- Gonçalves, C.A. (2006). Idosos: Abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 739-45.
- Gordon, R.M., & Brill, D. (2001) The abuse and neglect of the elderly. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 183-197.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). *Censos 2011: Resultados provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012a). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012b). *Dia internacional das pessoas com deficiência*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kemp, B.J., & Mosqueda, L.A. (2005). Elder financial abuse: An evaluation framework and supporting evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(7), 1123-1127.
- Kim, E. J., & Geistfeld, L. (2008). What makes older adults vulnerable to exploitation or abuse? *The Forum for Family and Consumer Issues*,

- 13(1).
- Levine, J.M. (2003). Elder neglect and abuse: A primer for primary care physicians. *Geriatrics*, 58(10), 37-44.
- Lima, M. P., & Simões, A. (2000). *NEO PI-R: Manual profissional*. Lisboa: CEGOC.
- Marson, D., & Hebert, K.R. (2006). Functional assessment. In D.K. Attix, & K.A. Welsh-Bohmer (Eds.), *Geriatric neuropsychology: Assessment and intervention* (pp. 158-197). New York: The Guilford Press.
- Mason, D.C., & Sabatino, C.P. (2012). Financial Capacity in an Aging Society. *Generations*, 36(2), 6-11.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M.D., Sanz, J., Sánchez-Bernardos, M.L., Kusdil, M.E., Woodfield, R., Saunders, P.R., & Smith, P.B. (2000). Nature over nurture: Temperament, Personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186.
- Nações Unidas. (2002). *El maltrato de las personas de edad: Reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial*. Nações Unidas: Conselho Económico e Social.
- National Centre on Elder Abuse [NCEA]. (1998). *The national elder abuse Incidence study*. Washington, DC: National Center on Elder Abuse at the American Public Human Services Association in collaboration with Westat, Inc.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 43-68). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Pinsker, D.M., & McFarland, K. (2010). Exploitation in older adults: Personal competence correlates of social vulnerability. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17, 673-708.
- Pinsker, D.M., McFarland, K., & Pachana, N.A. (2010). Exploitation in Older Adults: Social Vulnerability and Personal Competence Factors. *Journal of Applied Gerontology*, 29(6) 740-761.
- Pinsker, D.M., Stone, V., Pachana, N., & Greenspan, S. (2006). Social Vulnerability Scale for older adults: Validation study. *Clinical Psychologist*, 10(3), 109-119.
- Podnieks, E. (2008). Elder abuse: The Canadian experience. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 20(2), 126-150.
- Reis, M. (2000). The IOA screen: An abuse-alert measure that dispels myths. *Generations*, 24(2), 13-16.
- Serra, A.V. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Sousa, L.B., & Simões, M.R. (2011). *Escala de Vulnerabilidade Social (SVS): Versão portuguesa autorizada*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L.B., Simões, M.R., & Firmino, H. (2013). *Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin)*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L.B., Simões, M.R., & Vilar, M. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Coimbra: Faculdade de Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos: Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento psicológico e de características sócio-demográficas
 Patrícia Sofia Camponês Cesário (e-mail: patriciasofiacesario@hotmail.com) 2013

Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

- Triebel, K.L., & Marson, D.C. (2012). The warning signs of diminished financial capacity in older adults. *Generations*, 36(2), 39-45.
- Tueth, M.J. (2000). Exposing financial exploitation of impaired elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 104-111.
- Veríssimo, M.T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Wechsler, D. (1974). *Wechsler Memory Scale*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1981). *Wechsler Adult Intelligence Scale-Revised Manual*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III Technical Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- West, S.K., Rubin, G.S., Munoz, B., Abraham, D., & Fried, L.P. (1997). Assessing functional status: Correlation between performance on tasks conducted in a clinic setting and performance on the same task conducted at home: The Salisbury Eye Evaluation Project Team. *The Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52(4), 209-217.
- World Health Organization [WHO] (2002a). Abuse of the elderly. In E. Krug, L. Dahllberg, J. Mercy, A. Zwi & R. Lozano (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 123-146). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002b). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2008). *A global response to elder abuse and neglect: Building primary health care capacity to deal with the problem worldwide. Main report*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization/ International Network for Prevention of Elder Abuse [WHO/INPEA] (2002). *Missing voices: Views of older persons on elder abuse*. Geneva: World Health Organization.

Anexo A. Descritivo da amostra, considerando os grupos de adultos e de adultos idosos

		Adultos (N=31)		Adultos idosos (N=25)		p
		N	%	N	%	
Género	Masculino	4	50.0	4	50.0	.518 ^a
	Feminino	27	56.2	21	43.8	
Estado civil	Solteiros	4	57.1	3	42.9	.075 ^b
	Casados	22	62.9	13	37.1	
	Divorciados	2	100.0	0	0	
	Viúvos	3	25.0	9	75.0	
Escolaridade	0-2	1	33.3	2	66.7	.236 ^b
	3-4	11	42.3	15	57.7	
	5-9	7	77.8	2	22.2	
	10-12	6	75.0	2	25.0	
	> 12	6	60.0	4	40.0	
Situação profissional	Ativo	19	100.0	0	0	.000 ^b
	Reformado(a)	11	31.4	24	68.6	
	Desempregado(a)	1	100.0	0	0	
	Outra	0	0	1	100.0	
Condição atual de vida	Casa própria	28	60.9	18	39.1	.168 ^b
	Casa de familiares	2	40.0	3	60.0	
	Centro de dia	1	20.0	4	80.0	
Região geográfica	Litoral	11	52.4	10	47.6	.729
	Interior	20	57.1	15	42.9	
Área geográfica	Predominantemente urbana	10	52.6	9	47.4	.658 ^b
	Moderadamente urbana	5	71.4	2	28.6	
	Predominantemente rural	16	53.3	14	46.7	
Problemas de saúde	Sim	15	45.5	18	54.5	.074
	Não	16	69.6	7	30.4	
Declínio cognitivo	Sim	4	44.4	5	55.6	.360 ^a
	Não	27	57.4	20	42.6	
ACE-R M (Dp) [Mín.-Máx.]	MMSE	26.19 (3.420) [20-30]		25.76 (3.940) [14-30]		.759
	Total ACE-R	84.42 (11.607) [61-99]		75.84 (16.116) [36-96]		.038
	Atenção Orientação	17.35 (1.142) [13-18]		16.36 (2.628) [7-18]		.141
	Fluência Verbal	8.55 (2.965) [2-13]		6.56 (2.694) [1-11]		.012
	Memória	20.39 (5.155) [10-26]		18.80 (7.217) [1-26]		.584
	Linguagem	23.61 (3.222) [14-26]		20.64 (4.490) [12-26]		.011
	Visuo-Espacial	14.52 (1.617) [10-16]		13.48 (2.044) [9-16]		.035
Sintomatologia depressiva	Sim	3	50.0	3	50.0	.556 ^a
	Não	28	56.0	22	44.0	
GDS-30	M (Dp) [Mín.-Máx.]	9.35 (7.333) [1-28]		11.32 (7.353) [0-27]		.287
	“Ausência”	20	64.5	12	48.0	.450 ^b
	“Ligeira”	8	25.8	10	40.0	
	“Severa”	3	9.7	3	12.0	
Características de personalidade NEO-FFI M (Dp) [Mín.-Máx.]	Neuroticismo	22.84 (8.982) [12-45]		23.56 (8.889) [9-45]		.621
	Extroversão	26.61 (7.140) [12-39]		27.88 (6.260) [11-42]		.760
	Abertura à experiência	25.39 (6.642) [13-41]		23.44 (7.489) [12-43]		.212
	Amabilidade	32.39 (35.42) [24-41]		32.00 (4.941) [24-42]		.649
	Conscienciosidade	35.42 (4.566) [15-46]		37.08 (4.434) [28-45]		.270

a. Utilização do *Fisher's Exact Test*.

b. Os pressupostos do teste de independência do qui-quadrado foram violados, portanto, devido à impossibilidade de utilização do *Fisher's Exact Test*, as conclusões retiradas com base nestes resultados devem ser feitas com cautela.

Anexo B. SVS: Descritivo da subamostra com informador (N=39 participantes)

		N	%
Idade	Adultos	24	61.5
	Adultos idosos	15	38.5
	M (Dp) [Min. – Máx.]	60.92 (10.700) [36 – 81]	
Gênero	Masculino	4	10.3
	Feminino	35	89.7
Estado civil	Solteiros	3	7.7
	Casados	27	69.2
	Divorciados	1	2.6
	Viúvos	8	20.5
Escolaridade	0-2	2	5.1
	3-4	19	48.7
	5-9	8	20.5
	10-12	3	7.7
	> 12	7	17.9
Situação profissional	Ativo	17	43.6
	Reformado(a)	20	51.3
	Desempregado(a)	1	2.6
	Outra situação profissional	1	2.6
Condição atual de vida	Casa própria	36	92.3
	Casa de familiares	2	5.1
	Centro de dia	1	2.6
Região geográfica	Litoral	16	41.0
	Interior	23	59.0
Área geográfica	Predominantemente urbana	12	30.8
	Moderadamente urbana	5	12.5
	Predominantemente rural	22	56.4
Problemas de saúde	Sim	20	51.3
	Não	19	48.7
Declínio cognitivo	Sim	6	15.4
	Não	33	84.6
ACE-R M (Dp) [Mín.-Máx.]	MMSE	26.15 (3.281) [20-30]	
	Total ACE-R	80.69 (13.073) [51-99]	
	Domínio Atenção Orientação	17.05 (1.538) [12-18]	
	Domínio Memória	19.54 (5.595) [9-26]	
	Domínio Fluência Verbal	7.67 (2.896) [1-13]	
	Domínio Linguagem	22.33 (4.061) [14-26]	
	Domínio Visuo-Espacial	14.10 (1.847) [10-16]	
Sintomatologia depressiva	Sim	2	5.1
	Não	37	94.9
GDS-30	M (Dp) [Mín.-Máx.]	10.18 (6.664) [0-28]	
	“Ausência”	21	53.8
	“Ligeira”	16	41.0
	“Severa”	2	5.1
Características de personalidade NEO-FFI M (Dp) [Mín.-Máx.]	Neuroticismo	22.54 (8.423) [11-45]	
	Extroversão	28.05 (6.177) [13-39]	
	Abertura à experiência	24.44 (6.969) [12-41]	
	Amabilidade	32.64 (4.101) [24-41]	
	Conscienciosidade	36.92 (4.451) [25-46]	

Anexo C. SVS: Descritivo da amostra dos Informadores (N=39)

		Adultos (N=24)		Adultos idosos (N=15)		p
		N	%	N	%	
Género	Masculino	10	62.5	6	37.5	.918
	Feminino	14	60.9	9	39.1	
Idade	M (Dp)	36.42 (16.898)		45.87 (19.946)		.229
	[Min. – Máx.]	[22-74]		[21-79]		
Escolaridade	0-2	0	0	1	100.0	.036^a
	3-4	2	33.3	4	66.7	
	5-9	3	37.5	5	62.5	
	10-12	8	66.7	4	33.3	
	> 12	11	91.7	1	8.3	
Situação profissional	Ativo	19	70.4	8	29.6	.042^a
	Reformado	3	30.0	7	70.0	
	Desempregado	2	100.0	0	0	
Tipo de relação mantida com o participante	Espos(a)	6	66.7	3	33.3	.060^a
	Filho(a)	11	73.3	4	26.7	
	Neto(a)	0	0	4	100.0	
	Outro tipo de relação	7	63.6	4	36.4	
Frequência de contacto	M (Dp)	24.96 (9.182)		22.00 (10.797) [4-30]		.331
	[Min. – Máx.]	[4-30]				

a. Os pressupostos do teste de independência do qui-quadrado foram violados, portanto, devido à impossibilidade de utilização do *Fisher's Exact Test*, as conclusões retiradas com base nestes resultados devem ser feitas com cautela.

Anexo D. SVS: Efeito das características dos informadores na vulnerabilidade social reportada

		SVS Informador	
		M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>
Género	Masculino	12.19 (7.268) [0-25]	.841
	Feminino	12.83 (8.804) [0-28]	
Idade (<i>r</i>)		-.005	.977
Escolaridade	0-9	10.67 (8.364) [0-25]	.291
	≥ 10	13.75 (7.897) [0-28]	
Tipo de relação mantida com o participante	Esposo(a)	13.22 (7.496) [0-22]	.790
	Filho(a)	11.80 (8.170) [0-28]	
	Neto(a) e Outro tipo de relação	12.93 (8.876) [0-27]	
Frequência de contacto (<i>r</i>)		-.019	.909

Anexo E. IAFAI: Descritivo da subamostra com informador (N=25 participantes)

		N	%
Idade	Adultos	15	60.0
	Adultos idosos	10	40.0
	M (Dp) [Mín.-Máx.]	61.76 (10.686)	[42-81]
Gênero	Masculino	2	8.0
	Feminino	23	92.0
Estado civil	Solteiros	1	4.0
	Casados	17	68.0
	Viúvos	7	28.0
Escolaridade	0-2	2	8.0
	3-4	16	64.0
	5-9	4	16.0
	10-12	2	8.0
	> 12	1	4.0
Situação profissional	Ativo	11	44.0
	Reformado(a)	12	48.0
	Desempregado(a)	1	4.0
	Outra situação profissional	1	4.0
Condição atual de vida	Casa própria	23	92.0
	Casa de familiares	1	4.0
	Centro de dia	1	4.0
Região geográfica	Litoral	6	24.0
	Interior	19	76.0
Área geográfica	Predominantemente urbana	3	12.0
	Moderadamente urbana	4	16.0
	Predominantemente rural	18	72.0
Problemas de saúde	Sim	12	48.0
	Não	13	52.0
Declínio cognitivo	Sim	5	20.0
	Não	20	80.0
ACE-R M (Dp) [Mín.-Máx.]	MMSE	25.20 (3.582)	[20-30]
	Total ACE-R	76.20 (13.784)	[51-99]
	Atenção Orientação	16.64 (1.777)	[12-18]
	Memória	17.52 (5.417)	[9-26]
	Fluência Verbal	7.12 (3.219)	[1-13]
	Linguagem	21.04 (4.277)	[14-26]
	Visuo-Espacial	13.88 (2.007)	[10-16]
Sintomatologia depressiva	Sim	2	8.0
	Não	23	92.0
GDS-30	M (Dp) [Mín.-Máx.]	11.32 (7.636)	[0-28]
	“Ausência”	11	44.0
	“Ligeira”	12	48.0
	“Severa”	2	8.0
Características de personalidade NEO-FFI M (Dp) [Mín.-Máx.]	Neuroticismo	24.28 (8.777)	[11-45]
	Extroversão	28.12 (6.399)	[13-39]
	Abertura à experiência	22.56 (6.727)	[12-41]
	Amabilidade	32.16 (3.934)	[24-41]
	Conscienciosidade	36.64 (4.881)	[25-46]

Anexo F. IAFAI: Descritivo da amostra dos Informadores (N=25)

		Adultos (N=15)		Adultos idosos (N=10)		p
		N	%	N	%	
Género	Masculino	2	28.6	5	71.4	.062 ^a
	Feminino	13	72.2	5	27.8	
Idade	M (Dp)	30.33 (14.024)		37.70 (17.173) [21-77]		.293
	[Min. – Máx.]	[22-63]				
Escolaridade	0-2	0	0	1	100.0	.013 ^b
	3-4	1	25.0	3	75.0	
	5-9	0	0	2	100.0	
	10-12	5	55.6	4	44.4	
	> 12	9	100.0	0	0	
Situação profissional	Ativo	12	63.2	7	36.8	.178 ^b
	Reformado	1	25.0	3	75.0	
	Desempregado	2	100.0	0	0	
Tipo de relação mantida com o participante	Esposo(a)	3	60.0	2	40.0	.058 ^b
	Filho(a)	9	75.0	3	25.0	
	Neto(a)	0	0	4	100.0	
	Outro tipo de relação	3	75.0	1	25.0	
Frequência de contacto	M (Dp)	25.87 (8.863)		21.60 (11.108) [4-30]		.483
	[Min. – Máx.]	[4-30]				

a. Utilização do *Fisher's Exact Test*.

b. Os pressupostos do teste de independência do qui-quadrado foram violados, portanto, devido à impossibilidade de utilização do *Fisher's Exact Test*, as conclusões retiradas com base nestes resultados devem ser feitas com cautela.

Anexo G. IAFAI: Efeito das características dos informadores na incapacidade funcional reportada

		IAFAI informador																											
		Total		ABVD		AIVD-F		AIVD-A		Físico		Cognitivo		Emocional															
		M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>	M (Dp) [Min.-Máx.]	<i>p</i>														
Género	Masculino	2.08 (3.801) [0-10.41]		0.30 (0.786) [0-2.08]	.634	0.30 (0.786) [0-2.08]	.285	1.48 (2.317) [0-6.25]	.868	0.59 (1.572) [0-4.16]	.359	1.19 (2.366) [0-6.25]	.317	0.29 (0.771) [0-2.04]	.479														
	Feminino	6.14 (10.863) [0-44.68]	.282	1.51 (4.153) [0-17.02]		2.67 (5.126) [0-19.15]		1.96 (2.743) [0-8.51]		2.21 (5.162) [0-21.28]		3.82 (6.190) [0-23.40]		0.11 (0.481) [0-2.04]															
Idade (<i>r</i>)			-.086		.683		-.149		.476		.001		.994		-.119		.570		-.126		.548		.105		.617		-.310		.131
Escolaridade	0-9	4.72 (4.927) [0-12.50]		0.30 (0.786) [0-2.08]	.634	1.48 (2.316) [0-6.25]	.492	2.95 (2.652) [0-6.25]	.142	1.49 (2.610) [0-6.35]	.848	3.23 (2.648) [0-6.25]	.125	0 (0) [0-0]															
	≥ 10	5.11 (10.926) [0-44.68]	.376	1.51 (4.153) [0-17.02]		2.21 (5.110) [0-19.15]		1.39 (2.508) [0-8.51]		1.86 (5.084) [0-21.28]		3.02 (6.312) [0-23.40]		0.23 (0.660) [0-2.04]		.368													
Tipo de relação mantida com o participante	Espos(a)	2.50 (5.590) [0-12.50]		0 (0) [0-0]		1.25 (2.795) [0-6.25]		1.25 (2.795) [0-6.25]		1.25 (2.795) [0-6.25]		1.25 (2.795) [0-6.25]		0 (0) [0-0]															
	Filho(a)	3.10 (4.819) [0-17.02]	.218	0.17 (0.577) [0-2]	.027	1.39 (3.165) [0-10.64]	.740	1.54 (2.015) [0-6.38]	.545	0.34 (0.804) [0-2.13]	.197	2.41 (4.310) [0-14.89]	.316	0.34 (0.794) [0-2.04]	.323														
	Neto(a)/	9.42 (14.951) [0-44.68]		3.40 (5.880) [0-17.02]		3.40 (6.701) [0-19.15]		2.62 (3.333) [0-8.51]		4.19 (7.271) [0-21.28]		5.23 (7.793) [0-23.40]		0 (0) [0-0]															
	Outro																												
Frequência de contacto (<i>r</i>)			-.478		.016		-.190		.362		-.327		.111		-.492		.012		-.459		.021		-.437		.029		.181		.387

Anexo H. Correspondência de itens do IAFAI a itens do IACFin

IAFAI	IACFin	Denominação utilizada no presente estudo
3.3.1. Conhecer e lidar bem com o dinheiro (p.ex., saber o valor das notas e moedas, fazer trocos no dia a dia)	Domínio 2: Aptidões monetárias básicas 2.1. Valor do dinheiro 2.2. Contar o dinheiro Domínio 3: Compras 3.2.4. Troco	Conhecimento e utilização do dinheiro
3.3.2. Utilizar o multibanco (ou a caderneta bancária)	Domínio 5: Negócio bancário 5.3.1. Cuidados na utilização do cartão 5.3.2. Utilização do cartão multibanco 5.3.3. Código PIN 5.4.1. Definição de extrato bancário 5.4.2. Compreensão do extrato bancário	Utilização do cartão de multibanco
3.3.3. Preencher um cheque corretamente	Domínio 5: Negócio bancário 5.2.1. Passar um Cheque 5.2.2. Anulação de um cheque 5.2.3. Cuidados na utilização de cheques	Utilização dos cheques
3.3.4. Organizar as suas finanças para fazer pagamentos (correspondência recebida, cheques)	Domínio 4: Pagamento de contas 4.1.1. Identificação das despesas mensais 4.1.2. Correspondência preço/despesas 4.1.3. Importância do pagamento 4.1.4. Consequências do não pagamento 4.1.5. Meios de pagamento 4.1.6. Compreensão das faturas	Pagamento de despesas
3.3.5. Ir ao banco tratar de assuntos relativos às suas finanças	Domínio 1: Valores e preferências 1.2. Preferências Domínio 5: Negócio bancário 5.1. Importância da Conta bancária	Tratar de assuntos no banco

Anexo I. IAFAI: Frequência das respostas no domínio Finanças

		IAFAI (próprio) (N=56)		IAFAI (próprio) (N=25)		IAFAI (informador) (N=25)	
		N	%	N	%	N	%
1	0	55	98.2	24	96.0	24	96.0
	1	1	1.8	1	4.0	1	4.0
	<i>Missing</i>	0	0	0	0	0	0
2	0	31	55.4	10	40.0	12	48.0
	1	7	12.5	6	24.0	2	8.0
	<i>Missing</i>	18	32.1	9	36.0	11	44.0
3	0	45	80.4	18	72.0	16	64.0
	1	0	0	0	0	1	4.0
	<i>Missing</i>	11	19.6	7	28.0	8	68.0
4	0	47	83.9	20	80.0	20	80.0
	1	7	12.5	4	16.0	4	16.0
	<i>Missing</i>	2	3.6	1	4.0	1	4.0
5	0	46	82.1	20	80.0	21	84.0
	1	8	14.3	4	16.0	3	12.0
	<i>Missing</i>	2	3.6	1	4.0	1	4.0

Legenda. 0. Ausência de incapacidade funcional; 1. Presença de incapacidade funcional; *Missing*. Itens Não aplicáveis.

1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 2. Utilização do cartão de multibanco; 3. Utilização dos cheques; 4. Pagamento de despesas; 5. Tratar de assuntos no banco.

Anexo J. IACFin: Frequência das respostas

		IACFin					
		Amostra total (N=56)		Adultos (N=31)		Adultos idosos (N=25)	
		N	%	N	%	N	%
	0	0	0	0	0	0	0
1.	1	41	73.2	27	87.1	14	56.0
	2	15	26.8	4	12.9	11	44.0
	0	0	0	0	0	0	0
2.	1	52	92.9	30	96.8	22	88.0
	2	4	7.1	1	3.2	3	12.0
	0	7	12.5	7	22.6	0	0
3.	1	46	82.1	23	74.2	23	92.0
	2	3	5.4	1	3.2	2	8.0
	0	0	0	0	0	0	0
4.	1	56	100.0	31	100.0	25	100.0
	2	0	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	0	0
5.	1	52	92.9	30	96.8	22	88.0
	2	4	7.1	1	3.2	3	12.0

Legenda. 0. Desempenho totalmente incorreto; 1. Desempenho parcialmente correto; 2. Desempenho totalmente correto