



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Andreia Patrícia Aleixo dos Santos

**CONTRIBUTOS PARA A VALIDAÇÃO DO  
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE  
ADULTOS E IDOSOS (IAFAI):  
UM ESTUDO DE ACORDO INTERINFORMADORES E DE  
RELAÇÃO COM MEDIDA DE DESEMPENHO DE  
CAPACIDADE FINANCEIRA**

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

outubro de 2021

## **Contributos para a Validação do Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): um estudo de acordo interinformadores e de relação com medida de desempenho de capacidade financeira**

### **Resumo**

**Introdução:** A população portuguesa encontra-se cada vez mais envelhecida, verificando-se o contínuo e acentuado crescimento do índice de envelhecimento e de longevidade. A população envelhecida é mais suscetível ao desenvolvimento de quadros clínicos que poderão comprometer a sua capacidade funcional, aspeto crucial da autonomia. A incapacidade funcional tem impacto em vários aspetos da vida do sujeito, desde atividades mais básicas, como alimentação e higiene, a atividades complexas, como a gerência de finanças, sendo um aspeto fundamental de diagnósticos diferenciais, por exemplo, entre quadros de declínio cognitivo ligeiro e de demência. Assim, torna-se imperativo que a avaliação desta capacidade seja integrada em processos avaliativos, de forma a que esta seja o mais compreensiva possível, recorrendo a instrumentos que avaliem este aspeto do funcionamento de forma fiável.

**Objetivos:** Averiguar a fiabilidade do IAFAI, especificamente no que concerne o acordo interinformadores, comparando/considerando a resposta/perceção da (in)capacidade funcional em adultos e adultos idosos e a resposta/perceção reportada por um informador. Adicionalmente, recorrendo aos resultados obtidos no Módulo Aptidões Financeiras Gerais do IACFin, fazer uma comparação entre os relatos dos sujeitos referentes especificamente à capacidade financeira (IAFAI) e o desempenho efetivo do sujeito nas tarefas de natureza financeira equivalentes (IACFin).

**Métodos:** Foi utilizada uma amostra de conveniência da população geral constituída por 49 sujeitos (28 adultos e 21 adultos idosos), maioritariamente do sexo feminino (79.6%), com idades compreendidas entre os 42 e os 84 anos. O protocolo de avaliação administrado inclui: Consentimento informado, entrevista semiestruturada, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30), Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (ACE-R), Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI) (administrado ao próprio e ao informador) e o Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin).

**Resultados:** Observa-se uma tendência para, em populações preservadas, a existência de acordo entre os autorrelatos e os relatos de informadores na incapacidade funcional geral e na capacidade financeira. No entanto, os autorrelatos e os relatos do informador, quanto reportam ausência de incapacidade funcional, não correspondem necessariamente a um desempenho completamente correto em tarefas de natureza financeira.

**Conclusões:** Apesar das limitações e da necessidade de realizar estudos semelhantes com uma amostra mais ampla que incluía participantes clínicos, o IAFAI parece cumprir o predisposto, no que concerne ao acordo interinformadores, sendo possível constatar no presente estudo a existência de acordo entre os relatos, mostrando que, em populações preservadas, o relato

do próprio e o relato de um informador referente à capacidade funcional irá ser maioritariamente congruente. Ainda assim, o recurso a medidas de desempenho é importante, permitindo uma avaliação o mais completa possível sobre a capacidade funcional dos sujeitos, para que se possa responder de forma mais robusta a questões de incapacidade em contexto forense.

**Palavras chave:** acordo interinformadores, IAFAI, capacidade funcional, capacidade financeira, autorrelato, heterorrelato, adultos e idosos.

**Contributions for the Validation of the Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI): a study of inter-informant agreement and the relationship with a performance-based measure of financial capacity**

**Abstract**

**Introduction:** The Portuguese population is aging rapidly, registering a continuous and steep growth on the aging index and life expectancy. The elderly population is more vulnerable to developing clinical conditions, which might compromise their functional capacity, essential to their autonomy. Functional incapacity has an impact in many aspects of a person's life, from basic daily life activities, like eating and hygiene, to more complex activities, like managing one's finances, which is a fundamental aspect of differential diagnosis, like mild cognitive impairment and dementia. Thus, it is crucial that the assessment of these abilities is integrated into assessment procedures, in order to understand it in a comprehensive way, using assessment instruments that report this aspect in a reliable manner.

**Objectives:** To attest the reliability of IAFAI, specifically concerning the inter-informant agreement, by comparing the self-report of adults and older adults and the report of informants. Additionally, using the results in Module II of IACFin, compare the self-reports specifically about financial capacity (IAFAI) and the performance in equivalent financial tasks (IACFin).

**Methods:** A sample of convenience of the general population was used, composed by 49 participants (28 adults and 21 older adults) mainly females (79.6%), with aged between 42 and 84 years. The neuropsychological assessment protocol included: informed consent, semi-structured interview, Geriatric Depression Scale – 30 (GDS – 30); Addenbrooke's Cognitive Examination – Revised (ACE -R), Adults and Older Adults Functional Assessment Inventory (IAFAI) (applied to the participant and to an informant), and the Financial Capacity Assessment Instrument (IACFin).

**Results:** There seems to be a tendency, in preserved populations, to have agreement between the self-reports and informant reports, in both global functional capacity and financial capacity. However, both reports, when indicative of the absence of functional incapacity, do not necessarily correspond to a completely correct performance in financial tasks.

**Conclusions:** Despite the limitations of this study and the need to develop similar studies with a broader sample that includes clinical groups, IAFAI seems to be reliable when it comes to inter-informant agreement, as, in the present study, it was possible to attest the existence of agreement between the reports, showing evidence that, in preserved populations, the self and informant reports will be mostly coherent. Still, the use of performance-based measures is important, allowing a more complete assessment of the functional capacity of the subjects, so that it is possible to answer in a sturdier way to questions of incapacity in the forensic context.

**Keywords:** inter-informant agreement, IAFAI, functional capacity, financial capacity, self-report, informant report, adults and the elderly.

## Agradecimentos

Esta dissertação de mestrado representa o culminar de cinco anos de aprendizagens e experiências, vivências e partilhas. Foram muitas as pessoas que passaram por mim e que, num momento ou outro, deixaram a sua marca, tanto na minha vida pessoal como académica. Aqui, deixo um agradecimento especial aos que foram fundamentais na conclusão deste percurso.

À Professora Doutora Manuela Vilar, pela compreensão, dedicação e especialmente pelas palavras sábias que, ao longo deste ano, chegaram sempre no momento certo e na hora certa. Sem os seus ensinamentos e sem as lições que foi transmitindo, sobre o trabalho e sobre a vida, não seria possível chegar a este ponto com a confiança de que o objetivo foi cumprido.

À Doutora Liliana Sousa, pela paciência, compreensão e disponibilidade, que tornou este percurso mais fácil e cujo apoio foi fundamental.

À Doutora Joana Paiva e Doutora Mónica Fonseca do CPSC, por quem nutro grande admiração, por estimularem o meu fascínio por Avaliação Psicológica e por todos os ensinamentos.

Aos participantes desta investigação, que, mesmo com todas as restrições e entraves, me receberam nas suas casas e se disponibilizaram para fazer parte deste estudo.

À Maria Inês, minha companheira e confidente nesta viagem. A partilha amparou todas as angústias e ampliou as alegrias, não podia pedir melhor pessoa com quem partilhar este projeto.

À minha família, por todo o apoio e compreensão, porque independentemente dos “ainda não acabaste?” e “o que é que estás a fazer, mesmo?” nunca exigiram mais do que eu conseguia dar.

À Lia, por estar sempre do meu lado e me apoiar incondicionalmente.

À Desconcertuna e aos amigos que levo para a vida, por me mostrarem que Coimbra tem mais encanto, sempre.

Por fim, à FPCE-UC, por ser a minha segunda casa nos últimos cinco anos e por abrir as portas dos caminhos que me esperam. A estrada vai sempre em frente a partir da porta onde começou, e temos de a seguir como pudermos.

Obrigada.

## **Lista de abreviaturas**

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

ACE-R – *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised* (Exame Cognitivo de Addenbrooke Revisto)

AIVD-A – Atividades Instrumentais de Vida Diária-Avançadas

AIVD-F – Atividades Instrumentais de Vida Diária-Familiares

APA – *American Psychiatric Association*

DCL – Declínio Cognitivo Ligeiro

DSM-V – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

5.ª edição

GDS – *Geriatric Depression Scale* (Escala de Depressão Geriátrica)

IACFin – Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira

IAFAI – Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>I. Enquadramento Conceptual</b> .....	2
1.1. Envelhecimento .....	2
1.2. Capacidade funcional, financeira e testamentária.....	3
1.3. Capacidade funcional, financeira e testamentária no contexto forense .....	6
1.4. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI).....	7
Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin) .....	9
1.5. O papel das várias fontes de informação: autorrelato, heterorrelato e desempenho .....	10
<b>II. Objetivos</b> .....	13
<b>III. Metodologia</b> .....	13
3.1. Amostra.....	13
3.2. Instrumentos .....	15
3.3. Procedimentos .....	17
3.4. Análise dos dados.....	17
<b>IV. Resultados</b> .....	18
4.1. Associação entre hétero e autorrelato de incapacidade funcional.....	18
4.2. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: hétero e autorrelato.....	19
4.3. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Autorrelatos (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin).....	20
<b>V. Discussão</b> .....	21
<b>VI. Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras</b> .....	24
<b>VII. Conclusões</b> .....	25
<b>Bibliografia</b> .....	27
<b>Anexos</b> .....	36

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1.</b> Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)	8
<b>Tabela 2.</b> Características sócio-demográficas e clínicas da amostra (próprio) (N=49)	14
<b>Tabela 3.</b> Características sócio-demográficas da amostra de informadores (N=49)	15
<b>Tabela 4.</b> IAFAI: Incapacidade funcional autorreportada e reportada por informador	18
<b>Tabela 5.</b> IAFAI: Diferenças entre a incapacidade funcional autorreportada e reportada por informador	19
<b>Tabela 6.</b> IAFAI: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras autorreportada e reportada por informador	20



## **Lista de Anexos**

- Anexo A.** Resumo de estudos prévios com o IAFAI e o IACFin.
- Anexo B.** Frequência das respostas no domínio Finanças (IAFAI).
- Anexo C.** Estatística descritiva do IACFin.
- Anexo D.** Comparação Itens IACFin/IAFAI.
- Anexo E.** IACFin: frequência de respostas.
- Anexo F.** Comparação entre sujeito normativo e sujeito clínico.

## Introdução

Em Portugal, os resultados preliminares do Censos de 2021 assinalam, apesar da pandemia vivida nos últimos dois anos, que a população idosa continua a aumentar de forma continuada e acentuada, verificando-se que o índice de envelhecimento, que compara a população com 65 e mais anos (população idosa) com a população dos 0 aos 14 anos (população jovem), atingiu o valor de 167,0 idosos por cada 100 jovens (163,2 em 2019). Em 2019, ano mais recente para o qual existem dados comparáveis disponibilizados pelo Eurostat, Portugal tinha a terceira idade mediana mais elevada da União Europeia (UE 27: 43,9 anos) (INE, 2021), tendência que, segundo projeções, se irá manter no futuro. O envelhecimento é um processo dinâmico e complexo, ao qual está associado o aumento de comorbilidades médicas, com consequências biopsicossociais que têm um forte impacto na vida das pessoas (Serra, 2006), inclusive em questões do funcionamento do dia a dia, que poderão ser condicionantes da sua autonomia (Zimmermann et al., 2015).

A capacidade funcional, que engloba atividades básicas da vida diária e atividades mais complexas, é um aspeto crucial do funcionamento do sujeito. A incapacidade funcional contribui para uma menor qualidade de vida (Peek et al., 2005), assim como para uma avaliação mais negativa da saúde física e mental (Lee, 2000; Palacios-Ceña et al., 2012) e, ainda, para um maior risco de institucionalização e mortalidade (Lee, 2000), sendo ainda um aspeto fundamental de diagnósticos diferenciais, por exemplo, entre quadros de declínio cognitivo ligeiro e de demência (Ferreira et al., 2013; Pérès et al., 2006, Triebel et al., 2009, como citados em Hackett et al., 2020). Assim, torna-se imperativo que a avaliação desta capacidade seja integrada em processos avaliativos geriátricos (Sousa, 2014).

O Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa, Vilar, & Simões, 2013; Sousa et al., 2015) surge como um instrumento (específico) de avaliação funcional em contexto forense que se destina a avaliar, de forma compreensiva, a capacidade funcional geral de adultos e adultos idosos, que pode ser aplicado ao próprio ou a um informador próximo. Estudos prévios com o instrumento (Cesário, 2013) contribuíram para aferir a validade e precisão do instrumento, incluindo dados de acordo quando se recorre a um informador próximo da pessoa avaliada. A presente investigação pretende contribuir para a continuação da validação do instrumento, neste contexto, alargando o estudo do acordo interinformadores e procurando compreender a relação entre autorrelato e desempenho, especificamente, no que concerne a capacidade financeira. Para o efeito, a presente dissertação integra um enquadramento conceptual, abordando a problemática do envelhecimento, da capacidade funcional, financeira e testamentária e da sua especificidade e relevância em contexto forense; apresentado e caracterizando o IAFAI (e sinteticamente o Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira [ICAFin]); e sintetizando os estudos previamente desenvolvidos com este(s) instrumento(s); e explorando o papel das várias fontes de

informação. Segue-se a delineação dos objetivos e da metodologia implementada, a apresentação dos resultados e respetiva discussão. Por fim, tecemos considerações em torno das limitações e potencialidades deste estudo, sugerindo linhas investigacionais para estudos futuros.

## **I – Enquadramento Conceptual**

### **1.1. Envelhecimento**

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística [INE] (2021), projeta-se que o número de adultos idosos na população portuguesa irá aumentar, em 2080, para valores entre 2,4 milhões e 3,6 milhões de adultos idosos. As previsões indicam que o índice de envelhecimento aumentará de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021) e, a nível internacional, prevê-se que o número de pessoas idosas cresça cerca de 25 milhões de pessoas por ano, sendo que a previsão para 2050 é que cerca de 17% da população mundial tenha mais de 65 anos (He et al., 2016). Segundo dados preliminares dos Censos 2021 (INE, 2021), observa-se um decréscimo populacional de 1.9% relativamente a 2011, porém verificando-se o contínuo e acentuado crescimento do índice de envelhecimento e de longevidade (verifica-se um aumento de 1,77 anos de esperança média de vida, passando esta a ser 81,06 anos). No contexto da pandemia COVID-19 há evidência de a mortalidade mais elevada estar associada a grupos etários mais velhos, porém o envelhecimento da população continua a ser uma realidade em Portugal. Apesar de estudos neste âmbito estarem ainda em desenvolvimento, é possível estabelecer um perfil que sublinha que o isolamento social, consequência das medidas de prevenção e controlo da pandemia, se apresenta como um fator de risco para a saúde mental de adultos idosos, associado a um aumento significativo da morbilidade e mortalidade (Roye et al., 2020). Na população geral, a pandemia teve repercussões importantes na perceção da saúde física e mental (Ruiz et al., 2020) e, especificamente na população mais idosa, destaca-se a depressão e a ansiedade, com alterações da qualidade do sono, inatividade física (Sepúlveda-Loyola et al., 2020), sentimentos de solidão e perda de qualidade de vida (Kasar & Karaman, 2021), ainda que alguns estudos apontem para uma maior resiliência do que aquela inicialmente predita (Bidzan-Bluma et al., 2020; Bu et al., 2020; Luchetti et al., 2020). Adicionalmente, para além da maior vulnerabilidade a contrair COVID-19, a população idosa mostrou-se também mais vulnerável a ver negligenciadas as suas condições crónicas pré-existentes, ou ainda a perder o acompanhamento médico (Landi et al., 2020), o que facilitou o desenvolvimento de novos problemas de saúde e dando relevo a questões de (in)capacidade funcional, uma dimensão de grande importância para a autonomia do idoso.

Ao processo de envelhecimento está associado o aumento de comorbilidades médicas, sendo a população idosa particularmente suscetível a doenças do foro fisiológico e biológico, como doenças cardíacas, respiratórias e oncológicas (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015). O

declínio cognitivo relacionado com a idade é uma das causas mais comuns de déficit/dificuldades nos adultos idosos (Aguero-Torres et al., 2002; Courtney-Long et al., 2015). A deterioração da capacidade cognitiva ocorre em diferentes graus e estima-se que 5% a 10% de todos os idosos tenham alguma perda de capacidade cognitiva, sendo que mais de metade dos idosos, com 80 ou mais anos de idade, apresentam algum grau de prejuízo cognitivo (Nancy, 2003, como citado em Silva et al., 2017). Doenças relacionadas com o declínio cognitivo, como a demência, também designada como *perturbação neurocognitiva major*, têm um profundo impacto no funcionamento normal do sujeito (American Psychiatric Association [APA], 2014). A demência em particular, que pode ser originada por várias outras doenças e condições, afeta principalmente indivíduos com mais de 65 anos e o risco aumenta com a idade, sendo caracterizada por uma série de sintomas, entre eles, perda de memória, alterações de humor, problemas de comunicação e dificuldades nas tarefas do dia a dia (Lopes & Pinto, 2019), que surgem de forma progressiva.

Ao envelhecimento normativo está também associado o declínio de várias funções cognitivas, como a resolução de problemas, memória, linguagem e habilidade visuo-espacial, que se vai refletindo na realização de atividades de vida diária (Anderson, 2008). O declínio cognitivo ligeiro (DCL), ou *perturbação neurocognitiva minor* (APA, 2014), é caracterizado como um estado de funcionamento cognitivo inferior ao que seria esperado para o envelhecimento normativo (Silva et al., 2017). Neste quadro as atividades básicas de vida diária estão ainda preservadas, mas já é perceptível uma ligeira incapacidade nas atividades instrumentais de vida diária, particularmente nas mais avançadas (Silva et al., 2017). Em contexto de pandemia, familiares de idosos institucionalizados reportaram alterações negativas na memória, na capacidade para a realização de atividades básicas da vida diária e no humor durante o período de restrições, particularmente em idosos com declínio cognitivo (O’Caoimh et al., 2020).

Segundo os dados do INE (2021), mais de 50% da população com mais de 65 anos apresenta algum grau de dificuldade na execução de atividades de vida diária, e indivíduos com mais de 75 anos frequentemente apresentam dependência funcional duas vezes superior aos restantes grupos etários (Oliveira et al., 2010) e, apesar de não ser ainda plenamente claro o seu impacto, a COVID-19 trouxe condicionantes que poderão ter aumentado estes níveis de dependência funcional, inclusive naqueles que contraíram o vírus, particularmente nas atividades de vida diária (Belli et al., 2020), enfatizando-se assim a importância de considerar este domínio na avaliação e compreensão do funcionamento (neuro)psicológico destas pessoas.

## **1.2. Capacidade funcional, financeira e testamentária**

De acordo com o modelo biopsicossocial da OMS, funcionalidade e incapacidade são concebidas como uma interação dinâmica entre estados de saúde e fatores contextuais, não sendo considerados um atributo da pessoa, mas sim enquanto conjunto complexo de condições resultantes da interação pessoa-meio (OMS, 2001). A capacidade funcional remete para aptidões

necessárias à vivência diária independente em casa e na comunidade (Sousa et al., 2010), desde competências básicas da vida diária, como alimentação e higiene, a atividades mais complexas a nível cognitivo, como a gestão de bens e dinheiro. Em termos conceptuais, estas são regularmente divididas em Atividades Básicas de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária, sendo esta divisão apenas uma forma de categorização, não havendo uma compartimentalização rígida destes conceitos. A funcionalidade é, assim, conceptualizada num continuum (Marson & Hebert, 2006). As Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) englobam as atividades básicas e rotineiras de autocuidado, que implicam processos mnésicos procedimentais e funções motoras básicas (Sousa et al., 2010), requerendo pouca atenção consciente. As Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) desdobram-se habitualmente em dois subtipos de atividades específicas, sendo estas as Atividades Instrumentais de Vida Diária Familiares (AIVD-F), que envolvem capacidades específicas de manutenção das rotinas familiares, e as Atividades Instrumentais de Vida Diária Avançadas (AIVD-A), que requerem níveis superiores de funcionamento neurocognitivo (e.g., gerir as finanças ou a medicação, tomar decisões a respeito de tratamentos médicos).

A capacidade financeira e testamentária integra atividades que exigem um conjunto de aptidões conceptuais, pragmáticas e de julgamento (Marson & Hebert, 2005, como citado em Sousa, 2014) requerendo aptidões cognitivas de ordem superior e níveis elevados de organização neuropsicológica (Marson & Hebert, 2006). Insere-se assim nas AIVD-A e é um aspeto importante para a autonomia individual. Implica conhecimento declarativo (conceitos financeiros), procedimental (execução de tarefas) e de julgamento (tomada de decisões) (Moye & Marson, 2007). O modelo de Grisso e Appelbaum (1998) enquadra esta capacidade como requerendo a capacidade de fazer uma escolha financeira, perceber as consequências de tal escolha e refletir sobre a decisão/situação financeira.

A capacidade financeira pode ser conceptualizada como a capacidade de uma pessoa gerir de forma eficiente as suas finanças (Sunderaraman et al., 2019). Esta implica um conjunto importante de aptidões, desde, por exemplo, a identificação de moedas até atividades mais complexas, como pagar contas ou administrar contas bancárias e cheques, envolvendo diversas atividades que são essenciais a um funcionamento independente. Quanto à capacidade testamentária, esta é referente à capacidade de que uma pessoa dispõe para decidir de forma clara, válida e conforme a sua própria vontade, a disposição formal do património (Sousa et al., 2019; Voskou et al., 2018). Requer a habilidade de compreender a natureza do ato, a natureza e extensão dos bens, habilidade de compreender e julgar reivindicações de possíveis beneficiários, compreender o impacto da distribuição e estar livre de perturbações mentais que influenciem a distribuição (Shulman et al., 2007, 2009; Slovenko, 2006). Em suma, a capacidade financeira e testamentária requer capacidade de planeamento e organização, memória, julgamento e cálculo (Morin et al., 2019), representando a capacidade do indivíduo para gerir o seu dinheiro e bens, de acordo com as suas necessidades, interesses e valores (Arcara et al.,

2017; Gerstenecker et al., 2018). Como veremos, no ponto seguinte desta dissertação, estas dimensões têm particular relevância no âmbito forense.

A existência de variadas comorbilidades médicas e da perda de aptidões necessárias para a realização das atividades de vida diária associada a uma perda da capacidade funcional na população envelhecida está também associada a um aumento de níveis de dependência (Marroni et al., 2017). Devido a défices físicos, cognitivos ou emocionais o adulto idoso pode começar a sentir dificuldades ou deixar de conseguir realizar de forma autónoma algumas das atividades de vida diária (Cesário, 2013). Ainda que noutras faixas etárias possam surgir estas dificuldades, estas vincam-se mais com o envelhecimento. Restrições na execução das ABVD e AIVD, nas atividades físicas e de lazer contribuem para o isolamento e limitam a interação social dos idosos, tornando-os mais dependentes, que por sua vez contribui para a diminuição da capacidade funcional e cognitiva (Zimmermann et al., 2015). A incapacidade funcional contribui para uma menor qualidade de vida (Peek et al., 2005), assim como uma avaliação mais negativa da saúde física e mental (Lee, 2000; Palacios-Ceña et al., 2012) e associada a um maior risco de institucionalização e mortalidade (Lee, 2000), sendo ainda um fator de risco para o abuso de idosos (e.g. abuso físico, psicológico, financeiro) (Dias et al., 2019).

A avaliação funcional é crucial para a realização de diagnósticos diferenciais (ex. DCL e demência), cuja utilidade se expande, a título de exemplo, à avaliação de condutores idosos (Ferreira et al., 2013). No estudo de Marson e colaboradores (2000), envolvendo sujeitos com diferentes níveis de severidade da doença de Alzheimer, foi possível averiguar que pacientes com nível moderado da doença experienciam perdas tanto em ABVD como em atividades mais complexas. Estudos neurológicos apontam ainda que problemas básicos de matemática e competências financeiras são das primeiras capacidades afetadas pelo declínio cognitivo (Angrisani & Lee, 2018), devido à sua maior complexidade. O estudo de Niccolai e colaboradores (2016), por exemplo, indica que em pessoas com DCL as mudanças cognitivas desenvolvidas durante um período de dois anos se correlacionam com a diminuição da capacidade financeira. A capacidade financeira apresenta-se assim particularmente sensível a mudanças normativas do envelhecimento (Carmona-Torres et al., 2019) e a mudanças neurodegenerativas (Morin et al., 2019). Dificuldades nas AIVD podem ocorrer em estádios iniciais de demência e representam um preditor fidedigno da evolução de DLC para demência (Pérès et al., 2006, Triebel et al., 2009, como citados em Hackett et al., 2020).

Dificuldades específicas relacionadas com as finanças podem incluir problemas na gestão das finanças e poupanças, o pagamento de contas e utilização do multibanco (Bottari et al., 2011). Tais dificuldades são obstáculos à autonomia, autoestima e confiança do sujeito, afetando a sua capacidade de funcionar de forma independente na comunidade (Sunderaraman et al., 2019), requerendo, assim, algum tipo de apoio por parte de terceiros para realizar as atividades (Carmona-Torres et al., 2019). Esta

perda de autonomia pode implicar, como referido, uma condição de risco, inclusive para casos de coação, negligência, abuso ou exploração de idosos (Donovan & Regehr, 2010, Levine, 2003, Nações Unidas, 2002, como citados em Cesário, 2013), ou seja, por exemplo, o abuso financeiro/material que constitui a apropriação indevida de bens ou propriedades, que pode envolver fraude, tomar/manter poder sobre o representante legal do idoso, privar o idoso do acesso legítimo aos seus recursos, bens e propriedades, ou a modificação forçada do testamento ou outros documentos jurídicos, abuso este a que muitos adultos incapacitados e idosos dependentes estão sujeitos (Dias et al., 2019), tendo, assim, consequências legais devido à necessidade de proteção da pessoa incapaz neste tipo de situações.

Existe, portanto, um enquadramento legal específico para resposta a situações de incapacidade funcional, apresentando-se como um importante componente de uma avaliação geriátrica completa/compreensiva (Sousa, 2014).

### **1.3. Capacidade funcional, financeira e testamentária no contexto forense**

Como supramencionado, o processo de envelhecimento e comorbilidades associadas podem levar à perda da capacidade funcional do idoso, que poderá ter associado uma série de consequências para a sua vida. A nível legal, surgiu a necessidade de estabelecer determinadas medidas e estatutos com vista a garantir a proteção do adulto incapacitado.

Previamente, o Código Civil português previa os institutos da Interdição, em que o sujeito é substituído pelo representante legal em questões de natureza jurídica, e da Inabilitação, em que a vontade da pessoa legalmente incapaz é regida pela figura de assistência (Decreto-Lei nº 47 344, de 25 de novembro de 1966). A avaliação pericial nestes casos era requerida sempre que a capacidade de gerir a sua pessoa e bens estava em causa, estas medidas devendo ser tomadas em benefício do sujeito, visto serem medidas fortemente limitativas do exercício dos seus direitos (Aguilhas & Anciães, 2017). Apesar de pretenderem proteger o indivíduo, apresentavam certas restrições, inclusive não ser prevista a escolha antecipada de um tutor por parte do incapacitado, não abranger situações de incapacidade temporária e dar espaço a abusos contra os dependentes (Sousa, 2014), considerando-se um sistema dualista e rígido (Centro de Estudos Jurídicos [CEJ], 2019). Em agosto de 2018 estes institutos foram eliminados, sendo, então, criado o Regime Jurídico de Maior Acompanhado (cf. Decreto-Lei nº. 49/2018, de 14 agosto; CEJ, 2019), com o objetivo de ser inclusivo e adequado às necessidades específicas dos idosos e das pessoas necessitadas de proteção, com maior flexibilidade e regido pela primazia da autonomia da pessoa, procurando partir da perspetiva de proteger sem incapacitar. É categorizado como modelo de acompanhamento e não de substituição, tendo como objetivo “assegurar o seu [do maior acompanhado] bem-estar, a sua recuperação, o pleno exercício de todos os seus direitos e o cumprimento dos seus deveres, salvo as exceções legais ou determinadas por sentença” (cf. Decreto-Lei nº.

49/2018, de 14 agosto). O Regime do Maior Acompanhado permite a “qualquer pessoa que, por razões de saúde, deficiência ou pelo seu comportamento se encontre impossibilitada de exercer pessoal, plena e conscientemente os seus direitos ou de cumprir os seus deveres, possa requerer junto do Tribunal as necessárias medidas de acompanhamento” (cf. Decreto-Lei nº. 49/2018, de 14 agosto). Permite, ainda, que possa escolher por quem quer ser acompanhado (pessoa ou pessoas incumbidas de a ajudar ou representar na tomada de decisões de natureza pessoal ou patrimonial), sendo a pessoa escolhida aquela que melhor salvaguarde o interesse do acompanhado.

Assim, a caracterização correta do funcionamento diário é importante para um diagnóstico e prognóstico acertados/fundamentados. É, então, necessária a avaliação da capacidade por forma a providenciar informação ao sistema legal das áreas preservadas e das áreas prejudicadas, com vista a conceber uma medida protetiva, e eventualmente preventiva de potenciais condições de abuso, mantendo a autonomia preservada ao máximo possível e reservando-se a medida ao estritamente necessário sem prejuízo das áreas preservadas (Moye et al., 2005; Moye & Marson, 2007). Inclusive, a avaliação da capacidade financeira e testamentária é um dos tipos de capacidade mais frequentemente examinada em contexto forense (Sousa, 2014).

Esta avaliação requer rigor e deve ser levada a cabo por profissionais capazes de estabelecer uma associação entre questão médica/psicológica e legal (Spa et al., 1995, como citado em Sousa, 2014), por forma a obterem informação legítima relativa ao sujeito (Beleza et al., 2018). Posto isto, surge o papel fundamental do psicólogo forense, cuja formação na área da Psicologia e do Direito lhe permite ter competências para levar a cabo a avaliação neste contexto, com recurso a entrevistas e instrumentos específicos de avaliação (neuro)psicológica, de forma a obter informação abrangente dos perfis de funcionamento individuais e responder ao sistema legal português. Este contacto entre a Psicologia e o Direito permite ainda ao psicólogo reconhecer a necessidade de investigação em certas áreas e a criação de instrumentos específicos de resposta ao contexto legal (Sousa et al., 2019), com o objetivo de melhorar a qualidade das avaliações forenses. Neste âmbito, destaca-se o desenvolvimento e validação de instrumentos de resposta a estas necessidades, surgindo, no contexto da avaliação da capacidade funcional, o Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI).

#### **1.4. Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)**

A “determinação legal de incapacidade requer a análise da interação pessoa-contexto e a definição de inferências causais para explicar os défices funcionais identificados e potencialmente relevantes para o sistema legal” (Grisso, 2003, pp 40), sendo assim o papel do psicólogo e de instrumentos de avaliação psicológica essenciais, neste contexto.

Os chamados FAIs (*Forensic Assessment Instruments*, Instrumentos de Avaliação Forense) são os únicos instrumentos específicos concebidos para fornecer uma resposta específica e direta à avaliação da capacidade funcional



com base nos sistemas legais (Sousa, Simões, et al., 2014), recorrendo a uma abordagem funcional. Baseado no modelo conceptual de Marson e Hebert (2006) e na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2001, 2002), o Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa, Vilar, & Simões, 2013, Sousa et al., 2015) surge como um instrumento (específico) de avaliação funcional em contexto forense que se destina a avaliar, de forma compreensiva, a incapacidade funcional geral de adultos e adultos idosos. O IAFAI apresenta-se já como um instrumento essencial de uma avaliação em qualquer protocolo de avaliação (neuro)psicológica, sendo a avaliação da incapacidade funcional um elemento fundamental para estabelecer o perfil do sujeito, como previamente estabelecido. Os estudos realizados revelam tratar-se de um instrumento com robustez psicométrica, atestando precisão e validade (Cf. Anexo A, para um descritivo mais detalhados dos resultados/dados obtidos).

Este instrumento é administrado em modo de entrevista semiestruturada, tendo um total de 50 itens divididos por três módulos (cf. Tabela 1), avaliando as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que, como supramencionado, englobam as atividades que o sujeito realiza de forma automatizada, que requerem pouca atenção consciente, como vestir-se, alimentar-se, mover-se pela casa, entre outros; as Atividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVD-F), que envolvem aptidões específicas da manutenção/organização do contexto familiar, como conversação e uso do telefone, preparar as refeições, cuidar da casa e segurança em casa; e as Atividades Instrumentais de Vida Diária – Avançadas (AIVD-A), tarefas instrumentais de ordem avançada, como a compreensão e comunicação, tomada de decisão relativa à saúde, finanças, deslocação e uso de transportes, lazer e relações interpessoais.

**Tabela 1.** Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)

<b>Módulo</b>	<b>Domínios</b>
<b>Módulo 1. Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)</b>	1.1. Alimentação 1.2. Vestir 1.3. Higiene e Controlo de esfíncteres 1.4. Mobilidade e Transferências
<b>Módulo 2. Atividades Instrumentais de Vida Diária – Familiares (AIVD-F)</b>	2.1. Conversação e Uso do telefone 2.2. Preparar Refeições 2.3. Cuidar da casa 2.4. Segurança em casa

<p><b>Módulo 3. Atividades Instrumentais de Vida Diária – Avançadas (AIVD-A)</b></p>	<p>3.1. Compreensão e Comunicação 3.2. Saúde 3.3. Finanças 3.4. Deslocação e Uso de transportes 3.5. Lazer e Relações interpessoais</p>
--	---

Em cada um dos itens é determinada a ausência de incapacidade funcional, quando a Atividade de Vida Diária (AVD) é realizada de modo independente e sem dificuldade; a presença de incapacidade funcional, quando a AVD é realizada com dificuldade e/ou apenas com ajuda ou supervisão de terceiros; e/ou a não aplicabilidade da AVD, devido a papéis de género ou outros fatores contextuais, por exemplo. Permite, ainda, o levantamento ou registo de informação/fatores ambientais que determinam o nível e a extensão da funcionalidade: Facilitadores (tipo de assistência) e/ou Barreiras. São obtidos, em valores percentuais, indicadores de incapacidade funcional global, incapacidade funcional nas ABVD, nas AIVD-F, nas AIVD-A, bem como a natureza da incapacidade, devida a fatores de natureza física (p. ex. problemas motores), cognitiva (p. ex. dificuldades mnésicas) e/ou emocional (p. ex. sintomas depressivos).

O IAFAI pode ser administrado ao próprio examinando ou a um cuidador e/ou informador significativo, sendo possível obter a perceção do próprio sobre a sua incapacidade funcional e a perceção de uma outra figura. Esta vertente de heterorrelato ganha relevo em situações de incapacidade, já que permite uma perspetiva passível de comparação àquela do sujeito (Sousa, 2014).

#### **Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin)**

Neste contexto surge também o Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin; Sousa, Vilar, et al., 2013), um instrumento português específico forense desenvolvido para uma avaliação objetiva da capacidade financeira que, como referido, é das capacidades mais frequentemente examinada em contexto forense (Sousa, 2014), usando uma abordagem funcional e conceptualizado em sequência do IAFAI, que pretende dar respostas às questões específicas do sistema legal português no âmbito dos processos de Maior Acompanhado, por forma a providenciar uma medida estruturada e estandardizada de avaliação da capacidade mental do indivíduo na tomada de decisão financeira, de doação e criação de testamentos (Sousa, Vilar, et al., 2014).

Este instrumento é constituído por três módulos: Módulo de Rastreo, que inclui os domínios Orientação, Rastreo sensorial, Rastreiro motor, Atenção e consciência e Linguagem; o Módulo Aptidões Financeiras Gerais, que engloba os domínios Valores e preferências, Aptidões monetárias básicas, Compras, Pagamentos de contas, Negócio bancário, Tomada de decisão,

Avaliação de Risco de crime patrimonial e Instrumento de suprimento da vontade; e o Módulo Disposição de Patrimônio, que contempla os domínios Determinação do patrimônio, Doações e Testamentos (Sousa et al., 2019).

Para o IACFin, a maioria dos testes de validação estão ainda por desenvolver, apesar do contributo de vários estudos como o de Cesário (2013) e de Barata (2020), porém os estudos psicométricos já realizados sugerem tratar-se de um instrumento promissor, com boas características psicométricas (cf. Anexo A, para detalhe de resultados/dados obtidos).

### **1.5. O papel das várias fontes de informação: autorrelato, heterorrelato e desempenho**

Compreende-se a complexidade envolvida na avaliação da (in)capacidade, quer da funcionalidade geral, quer da financeira, em específico, pelo que uma boa compreensão da (in)capacidade no idoso deve recorrer a instrumentos que contenham um largo espectro de questões relevantes para o constructo, que sejam abrangentes e representativos da complexidade do conceito, por forma a construir uma imagem o mais realista/fidedigna e válida possível das capacidades e incapacidades do sujeito (Marroni et al., 2017). Aqui, surge o informador como uma fonte relevante de informação/informação adicional.

A investigação com sujeitos adultos e idosos em que se recorre a várias fontes de informação é mais rara do que o mesmo tipo de investigação com crianças e adolescentes (Rescorla et al., 2016), muitos estudos recorrendo à recolha de informação junto de pais e professores, enquanto que com adultos existe a ideia generalizada de que um adulto conhece bem as suas próprias capacidades. No entanto, estudos que envolvem vários informadores são importantes, pois permitem recolher um conjunto de informação sobre o paciente ou sujeito a ser avaliado e perceber vários aspetos do seu funcionamento. Em casos em que se verifica a presença de declínio, a recolha de informação junto de informadores é ainda mais relevante, não apenas para a determinação dos valores e preferências do indivíduo, mas, igualmente, para a definição de uma linha base de funcionamento prévio (Sousa et al., 2015). Muitas vezes surgem discrepâncias na informação derivada de diferentes fontes, mas essas discrepâncias não devem ser ignoradas nem trivializadas (Achenbach, 2011).

É ainda de referir que os métodos de autorrelato têm sido criticados devido à possibilidade de compromisso da consciência do indivíduo e/ou ao enviesamento da informação prestada devido a influências do cuidador/pessoa significativa, ou seja, influências sobre o indivíduo que alterem a perceção das suas próprias capacidades (Okonkwo et al., 2008; Pinsker et al., 2010). As respostas de autorrelato tendem a dar uma visão mais positiva da capacidade funcional do que aquela dada por um informador (Clare et al., 2012, Martyr & Clare, 2012), frequentemente justificado por uma falta de *insight* das suas dificuldades em pessoas com demência, por exemplo (DeBettignies et al., 1990, Ott et al., 1996, Wadley et al., 2003, como citados em Martyr & Clare, 2017).

Cuidadores ou outro tipo de informador próximo do sujeito, por esta proximidade, podem oferecer informação valiosa sobre a capacidade funcional de um indivíduo. De facto, o heterorrelato é utilizado frequentemente como alternativa quando não é possível observar diretamente o funcionamento da pessoa, ou seja, o seu desempenho efetivo (Fleming et al., 1996, Fleming & Strong, 1999, como citado em Sunderaraman et al., 2018), sendo considerado muitas vezes preferível recorrer ao heterorrelato em vez do autorrelato devido a, por exemplo, em casos de dano cerebral, haver algumas dúvidas relativamente à capacidade de o paciente fazer uma avaliação objetiva de si mesmo, podendo subestimar os seus sintomas ou sobrestimá-los com o objetivo de obter algum benefício, em casos legais (Leathem et al., 1998; Prigatano & Altman, 1990, como citado em Sunderaraman et al., 2018), ou como resultado de défice cognitivo ou metacognitivo (níveis baixos de *insight*) (Prigatano, 2005, como citado em Sunderaraman et al. 2018).

No entanto, o estudo de Sunderaraman e colaboradores (2018) aponta não existir correspondência entre o heterorrelato e o desempenho do sujeito com dano cerebral, um resultado considerado inesperado pelos autores, visto os informadores do estudo serem profissionais de saúde que mantinham contacto próximo com os sujeitos, resultado que realça a necessidade de recorrer a várias fontes de informação em casos de avaliação da capacidade funcional de indivíduos cognitivamente debilitados. Também no estudo de Martyr e Clare (2017), com sujeitos com estágio inicial de demência, observaram discrepâncias nos resultados quando comparado o hetero e o autorrelato. Adicionalmente, em situações em que o informador não conhece as dificuldades ou estilos de *coping* do sujeito, o relato do informador poderá consequentemente não traduzir uma perceção próxima da realidade. Por exemplo, o estudo de Leathem e colaboradores (1998), também com indivíduos com dano cerebral, indica que, comparado com o informador, o sujeito reportava mais problemas de memória e regulação emocional. No estudo realizado por Cesário (2013), com uma amostra maioritariamente composta por indivíduos da comunidade, os dados apontam para a existência de congruência entre os autorrelatos de incapacidade funcional e o reportado por informadores no grupo de adultos, mas o mesmo não é observado no grupo de adultos idosos. Porém, não se verificam diferenças com significado estatístico entre a incapacidade funcional relatada pelo próprio e a incapacidade funcional relatada pelos informadores, isto porque, apesar de ser possível detetar discrepâncias, estas não são tão evidentes, tendo em conta que são indivíduos da comunidade e como tal a capacidade funcional não está comprometida a ponto de ser incapacitante nestes indivíduos, razão que parece justificar/enquadrar o padrão de resultados obtidos.

Vários fatores têm mostrado ter influência na avaliação que os informadores fazem das AIVD. Estudos prévios apontam que características sociodemográficas e a natureza da relação entre o informador e o sujeito têm influência na perceção e relato das AIVD em adultos com DCL (Hackett et al., 2020). Um dos fatores mais apontados é a (sobre)carga que (re)cai sobre o cuidador, sendo que uma (sobre)carga maior motiva o cuidador a subestimar

as capacidades funcionais do sujeito (Conde-Sala et al., 2013), especialmente em casos em que o cuidador é o cônjuge (Martyr & Clare, 2017). Outros fatores conhecidos são a coabitação e a relação entre o informador e o sujeito, sendo que informadores que vivem com o sujeito tendem a apontar maior incapacidade em casos de demência (Bosboom et al., 2012) ou, em casos de DLC, a relação de proximidade e coabitação poderá permitir ao informador observar os erros do dia a dia e conseqüentemente sobrestimar a incapacidade da pessoa (Hackett et al., 2020). Estudos apontam ainda que os cônjuges são mais precisos na sua percepção do funcionamento diário do sujeito do que, por exemplo, os filhos (Loewenstein et al., 2001). Por outro lado, outros estudos reportam que, quando comparado com não-cônjuges, o cônjuge da pessoa com DCL ou doença de Alzheimer tende a reportar melhor qualidade de vida (Lin et al., 2017) e melhores capacidades cognitivas (Persson et al., 2015). Estas diferenças podem ser atribuídas a múltiplos fatores, incluindo a crença de que sintomas de demências refletem o envelhecimento normativo (Connell et al., 2009). A escolaridade elevada do informador parece estar associada a uma maior percepção de sintomas de DLC e uma maior sensibilidade às limitações funcionais observadas (Hackett et al., 2020). As discrepâncias no acordo entre informadores também nos podem dar informação relevante sobre, por exemplo, variações contextuais do comportamento do sujeito (e.g., casa vs trabalho) (De los Reyes et al., 2013).

A utilização de uma medida de desempenho na avaliação da (in)capacidade funcional mostra-se, assim, como um elemento complementar à avaliação da capacidade do sujeito (Sunderaraman et al., 2018). Em estudos envolvendo pacientes com dano cerebral, os heterorrelatos revelaram-se muito próximos da realidade do sujeito e dos resultados efetivamente obtidos em testes neuropsicológicos (Chaytor & Schmitter-Edgecombe, 2003; Goldstein & McCue, 1995; Kaitaro et al., 1995). Contudo, no estudo supramencionado de Sunderaraman e colaboradores (2018), o mesmo não se observou. No passado, para além do relato, a opinião clínica tinha muito peso na avaliação dos sujeitos (Chayton & Schmitter-Edgecombe, 2003), contudo, com o desenvolvimento e avanço da avaliação do desempenho em contexto neuropsicológico, esta vertente avaliativa veio ajudar a compreender melhor as problemáticas. No entanto, há ainda a considerar situações em que o sujeito reporta já algumas dificuldades não captadas pelos instrumentos, havendo assim a considerar as características psicométricas do instrumento, particularmente a sua sensibilidade e validade ecológica (Chaytor & Schmitter-Edgecombe, 2003; Engel et al., 2016). Como apontado por Jekel e colaboradores (2015), comparar várias modalidades de avaliação (autorrelato, heterorrelato e desempenho) numa mesma amostra é essencial para clarificar potenciais causas de discrepâncias, sendo importante articular indicadores de desempenho, autorrelato e heterorrelato quando é feita uma avaliação.

É importante reconhecer discrepâncias entre informação recolhida sobre o funcionamento diário do sujeito por diversas razões, entre elas: o facto de a (in)capacidade funcional, incluindo nas ABVD, ser um fator importante

na institucionalização de idosos; para a clínica, a capacidade para as AIVD é fator decisivo na distinção entre DCL e demência, sendo que a avaliação correta destas capacidades é um fator/critério crítico para o diagnóstico diferencial, ou seja, sujeitos com os mesmos resultados em testes cognitivos poderão ser diagnosticados com DCL ou demência dependendo do seu desempenho nas capacidades funcionais (Hackett et al., 2020); discrepâncias poderão ser relevantes em situações em que há o potencial de figurar uma situação de abuso. Adicionalmente, a falta de concordância pode levar à aplicação de medidas de proteção desnecessárias e, ainda, criar disputas interpessoais entre os indivíduos (Sunderaraman et al., 2018).

Assim, a presente dissertação/investigação pretende realizar um estudo sobre o acordo interinformadores, recorrendo ao hétero e autorrelato, contribuindo para a validação do IAFAI, visando averiguar o grau de acordo e congruência entre a percepção do próprio e a percepção do informador relativamente à capacidade funcional do sujeito. Adicionalmente, especificamente relativo à capacidade financeira, pretendemos averiguar a relação entre o desempenho efetivo e a percepção dos autorrelatos, utilizando para esse fim o IACFin e respostas do IAFAI específicas a essa capacidade.

## **II – Objetivos**

Nesta dissertação pretendemos averiguar a fiabilidade do IAFAI, especificamente no que concerne o acordo interinformadores, comparando/considerando a resposta/percepção da (in)capacidade funcional em adultos e adultos idosos e a resposta/percepção reportada por um informador. Assim, serão utilizadas as respostas ao Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI; Sousa, Simões, & Vilar, 2013) por parte do próprio e de um informador/cuidador. É analisado o grau de acordo e congruência entre os autorrelatos de (in)capacidade funcional (IAFAI respondido pelo próprio participante) e a (in)capacidade funcional reportada por informadores (IAFAI respondido por pessoa próxima do participante). Adicionalmente, especificamente no que se reporta às aptidões funcionais de natureza financeira, e recorrendo aos resultados obtidos no Módulo Aptidões Financeiras Gerais do IACFin, pretendemos fazer uma comparação entre os relatos dos sujeitos referentes especificamente à capacidade financeira (IAFAI) e o desempenho efetivo do sujeito nas tarefas de natureza financeira equivalentes (IACFin).

## **III – Metodologia**

### **3.1. Amostra**

Neste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, recolhida no âmbito de um projeto de Tese de Doutoramento (Sousa, 2014), entre março de 2012 e junho 2013. Alguns destes dados já haviam sido utilizados e complementados em estudos anteriores (Barata, 2020; Cesário, 2013). Adicionalmente, entre julho e setembro de 2021, foram recrutados mais 24

sujeitos. A amostra total é constituída por 49 sujeitos (28 adultos e 21 adultos idosos), maioritariamente do sexo feminino (79.6%), de idades compreendidas entre os 42 e os 84 anos ( $M= 64.29$ ,  $DP=9.192$ ) e escolaridade a variar entre 1 e 17 anos ( $M= 7.16$ ,  $DP=4.955$ ). Os participantes foram divididos em grupo clínico e grupo normativo com base nos resultados do ACE-R e GDS-30. A maioria dos sujeitos pertencem ao grupo normativo (79.6%), tendo sido os restantes (20.4%) categorizados como grupo clínico por pontuarem, pelo menos, 1.5 desvio-padrão abaixo da média para normas de referência do ACE-R ou por obterem uma pontuação igual ou superior a 21 pontos na GDS-30 (cf. Tabela 2).

**Tabela 2.** Características sociodemográficas e clínicas da amostra (próprio) (N=49)

	Variáveis	N (%)	M (DP)	Min – Máx
<b>Sexo</b>	<i>Masculino</i>	10 (20.4%)		
	<i>Feminino</i>	39 (79.6%)		
<b>Idade</b>	<i>Adulto</i>	28 (57.1%)	64.29 (9.192)	42 – 84
	<i>Idoso</i>	21 (42.9%)		
<b>Escolaridade</b>	<i>Até 4º ano</i>	28 (57.1%)	7.16 (4.955)	1 – 17
	<i>&gt;4º ano</i>	21 (42.9%)		
<b>Estado Civil</b>	<i>Solteiro(a)</i>	1 (2%)		
	<i>Casado(a)</i>	37 (75.5%)		
	<i>Divorciado(a)</i>	2 (4.1%)		
	<i>Viúvo(a)</i>	9 (18.4%)		
<b>Reforma</b>	<i>Sim</i>	27 (55.1%)		
	<i>Não</i>	22 (44.9%)		
<b>Diagnóstico</b>	<i>Normativo</i>	39 (79.6%)		
	<i>Clínico</i>	10 (20.4%)		
<b>GDS-30</b>			9.53 (7.171)	0 – 28
<b>ACE-R</b>	<i>Total</i>		78.04 (12.493)	51 – 99
	<i>Atenção /</i>		16.86 (1.472)	12 – 18
	<i>Orientação</i>			
	<i>Memória</i>		18.08 (4.949)	9 – 26
	<i>Fluência</i>		7.53 (3.103)	1 – 13
	<i>Linguagem</i>		21.82 (4.040)	13 – 26
	<i>Visuo-Espacial</i>		13.76 (1.797)	10 – 16
	<i>MMSE</i>		25.37 (3.327)	18 – 30

Respeitante aos informadores, a amostra é igualmente constituída por 49 sujeitos (40 adultos e 9 adultos idosos), maioritariamente do género feminino (69.4%) e com idades compreendidas entre os 21 e os 84 anos ( $M= 47.76$ ,  $DP=20.277$ ) e escolaridade a variar entre 1 e 17 anos ( $M= 10.73$ ,

DP=4.685). A frequência de contacto, registada como dias de contacto mensais, varia entre 1 e 30 dias (M=24.16, DP=9.461), sendo a relação mais frequentemente estabelecida a de parceiro/a (36.7%) ou filho/a (34.7%). (cf. Tabela 3).

**Tabela 3.** Características sociodemográficas da amostra de informadores (N=49)

	Variáveis	N (%)	M (DP)	Min – Máx
<b>Sexo</b>	<i>Masculino</i>	15 (30.6%)		
	<i>Feminino</i>	34 (69.4%)		
<b>Idade</b>	<i>Adulto</i>	40 (81.6%)	47.76 (20.277)	21 – 84
	<i>Idoso</i>	9 (18.4%)		
<b>Escolaridade</b>	<i>≤ 4º ano</i>	13 (26.5%)	10.73 (4.685)	0– 17
	<i>5-9</i>	6 (12.2%)		
	<i>10-12</i>	13 (26.5%)		
	<i>&gt;12</i>	17 (34.7%)		
<b>Relação</b>	<i>Cônjuge</i>	18 (36.7%)		
	<i>Filho(a)</i>	17 (34.7%)		
	<i>Neto(a)</i>	4 (8.2%)		
	<i>Vizinho(a)</i>	2 (4.1%)		
	<i>Outro</i>	8 (16.3%)		
<b>Frequência do contacto (dias/mês)</b>			24.16 (9.461)	1 - 30

### 3.2. Instrumentos

Foi utilizado um protocolo de avaliação que visou recolher dados de diferentes domínios relevantes, integrando quatro instrumentos, incluindo uma medida de rastreio cognitivo, de sintomatologia depressiva, de incapacidade funcional e de capacidade financeira. Foi ainda incluído um guião de entrevista semiestruturada, com vista a recolher informação de natureza sociodemográfica, familiar e clínica dos participantes.

**Avaliação Cognitiva de Addenbrooke – Revista (ACE-R;** *Addenbrooke’s Cognitive Examination – Revised*; Hodge, & Mioshi, 2005; versão portuguesa: Firmino et al., 2008; Gonçalves et al., 2014; Simões et al., 2018)

O ACE-R é um instrumento breve de rastreio cognitivo que avalia cinco domínios de funcionamento cognitivo: Atenção e Orientação, Memória, Fluência, Linguagem e Visuo-espacial. As pontuações mais elevadas são indicativas de um melhor funcionamento cognitivo, sendo a pontuação máxima global 100 pontos. O instrumento possibilita ainda o cálculo do



resultado obtido em cada um dos cinco domínios avaliados, bem como a pontuação derivada relativa ao *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

**Escala de Depressão Geriátrica-30 Itens (GDS-30;** *Geriatric Depression Scale – 30 Item*; Yesavage et al., 1983; versão portuguesa: Barreto et al., 2008; Simões et al., 2010, 2017)

A GDS é uma escala constituída por 30 itens, em formato de resposta sim/não, desenvolvida para a população geriátrica. Permite aceder a sintomas afetivos e comportamentais da depressão, manifestados durante a semana anterior. O resultado obtido corresponde ao número de itens cotados no sentido da presença de sintomatologia depressiva, atribuindo-se 1 ponto às respostas que sugerem a existência de sintomas. A escala discrimina três classificações relativa à presença de sintomatologia depressiva: a ausência de sintomatologia depressiva (quando se obtém um valor entre 0-10 pontos), a presença de sintomatologia depressiva ligeira (11-20 pontos) e sintomatologia depressiva severa (21-30 pontos).

**Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI;** Sousa, Vilar, & Simões, 2013; Sousa et al., 2015)

Como referido anteriormente (cf. Ponto 1.4., relativo ao Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos, IAFAI), o IAFAI é um instrumento que se destina a avaliar, de forma compreensiva, a capacidade funcional de adultos e adultos idosos. É administrado em formato de entrevista semi-estruturada ao examinando e, sempre que possível, a um cuidador/informador, procurando determinar, em cada item, 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 (e.g., devido a papéis de género ou outros fatores contextuais). São obtidos vários indicadores (em percentis), sendo estes a 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, cognitiva e emocional. Valores mais elevados evidenciam maior incapacidade funcional.

**Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin;** Sousa, Vilar, Firmino et al., 2013; Sousa et al., 2019)

Como referido anteriormente (cf. Ponto 1.4.1) o IACFin é um instrumento específico da avaliação forense que efetua uma avaliação objetiva das aptidões financeiras em adultos idosos, onde se procura identificar a eventual necessidade de proteção do examinando, tendo por base as áreas de funcionamento lesadas e/ou preservadas. 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 de Aptidões Financeiras Gerais, 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 Patrimônio, que inclui os domínios Determinação do patrimônio, Doações e Testamentos. Permite obter indicadores qualitativos para o Módulo I e quantitativos para os Módulos II e III. Resultados mais elevados correspondem a melhor capacidade.

### 3.3. Procedimentos

Para a realização deste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência recolhida para estudos prévios (cf. Barata, 2020, Cesário, 2013; Sousa, 2014). Adicionalmente, entre agosto e setembro de 2021, foram recrutados mais 24 participantes. O recrutamento dos participantes foi efetuado na comunidade e a avaliação psicológica decorreu nos domicílios dos mesmos. A avaliação psicológica foi realizada individualmente, após a obtenção do consentimento informado. Foi recolhida informação de natureza sociodemográfica, familiar e clínica, com base num guião de entrevista semiestruturada. O protocolo de avaliação foi habitualmente administrado numa única sessão de avaliação (de aproximadamente 2h), seguindo a seguinte ordem: Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale – 30; GDS-30); Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisto (Addenbrooke’s Cognitive Examination – Revised; ACE-R); Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI); Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin). No final de cada avaliação, foi solicitado aos participantes que indicassem uma pessoa próxima para responder ao IAFAI, contacto este posteriormente realizado presencialmente ou por telefone.

Definiu-se como critério de exclusão, o analfabetismo.

### 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 25). A caracterização da(s) amostra(s) quanto às variáveis sociodemográficas foi efetuada através de estatísticas descritivas (frequências, médias, desvios-padrões, amplitude/mínimos e máximos). Para a análise da associação entre variáveis foram calculadas correlações de Pearson, a magnitude das correlações seguindo a proposta de Cohen (1988, pp 77-81), onde valores entre 0.1 e 0.29 são classificados como correlação baixa, entre 0.3 e 0.49 correlação moderada e valores entre 0.5 e 1 correlação alta, e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI), em que valores menores que 0.5 são considerados pobres, entre 0.5 e 0.75 são moderados, entre 0.75 e 0.9 são bons e valores acima de 0.9 são excelentes (Cicchetti, 1994). Para testar a existência de uma diferença estatisticamente significativa entre resultados do mesmo grupo de sujeitos em pares ajustados recorremos ao *Paired-Samples T test*. Foram considerados como indicadores de diferenças estatisticamente significativas os níveis de significância inferiores a 0.05.

## IV – Resultados

### 4.1. Associação entre hétero e autorrelato de incapacidade funcional

Na Tabela 4 são apresentadas as pontuações obtidas no IAFAI, considerando os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores. Verificamos a existência de correlações de Pearson positivas altas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional autorreportada e a incapacidade funcional reportada por informador na maioria dos indicadores de incapacidade funcional, nomeadamente: incapacidade funcional global ( $r=0,669$ ;  $p<.001$ ), incapacidade funcional nas ABVD ( $r=0.736$ ;  $p<.001$ ), nas AIVD-F ( $r=0.556$ ;  $p<.001$ ) e nas AIVD-A ( $r=0.506$ ;  $p<.001$ ), incapacidade funcional devida a fatores de natureza física ( $r=0.684$ ;  $p<.001$ ) e cognitiva ( $r=0.589$ ;  $p<.001$ ). Relativamente a fatores de natureza emocional, não se observa correlação significativa ( $r=0.025$ ;  $p=.865$ ). De igual modo, os resultados do Coeficiente de Correlação Intraclasse verificam correlações significativas: incapacidade funcional global ( $CCI=0.800$ ;  $p<.001$ ), incapacidade funcional nas ABVD ( $CCI=0.844$ ;  $p<.001$ ), nas AIVD-F ( $CCI=0.716$ ;  $p<.001$ ) e nas AIVD-A ( $CCI=0.666$ ;  $p<.001$ ), incapacidade funcional devida a fatores de natureza física ( $CCI=0.803$ ;  $p<.001$ ) e cognitiva ( $CCI=0.742$ ;  $p<.001$ ).

Estes resultados sugerem a presença de congruência entre os autorrelatos de incapacidade funcional e a incapacidade reportada por informadores.

**Tabela 4.** IAFAI: Incapacidade funcional autorreportada e reportada por informador

		<i>r</i>	CCI
<b>Total</b>	<i>Próprio</i>	.669	.800
	<i>Informador</i>	( $p<.001$ )	( $p<.001$ ) [.646–.887]
<b>ABVD</b>	<i>Próprio</i>	.736	.844
	<i>Informador</i>	( $p<.001$ )	( $p<.001$ ) [.724–.912]
<b>AIVD-F</b>	<i>Próprio</i>	.556	.716
	<i>Informador</i>	( $p<.001$ )	( $p<.001$ ) [.495–.840]
<b>AIVD-A</b>	<i>Próprio</i>	.506	.666
	<i>Informador</i>	( $p<.001$ )	( $p<.001$ ) [.407–.812]
<b>Física</b>	<i>Próprio</i>	.684	.803
	<i>Informador</i>	( $p<.001$ )	( $p<.001$ ) [.651–.888]
<b>Cognitiva</b>	<i>Próprio</i>	.589	.742

	<i>Informador</i>	( $p < .001$ )	( $p < .001$ ) [.542–.855]
<b>Emocional</b>	<i>Próprio</i>	.025	.038
	<i>Informador</i>	( $p = .865$ )	( $p = .447$ ) [-.727–.462]

Atendendo ao apresentado na Tabela 5, efetivamente não se verificam diferenças com significado estatístico ( $p > .05$ ) entre a incapacidade funcional relatada pelo próprio e a incapacidade funcional relatada pelos informadores, em todos os indicadores de incapacidade funcional examinados pelo IAFAI.

**Tabela 5.** IAFAI: Diferenças entre a incapacidade funcional autorreportada e reportada por informador

		Min-Máx	M	DP	t (sig.)
<b>Total</b>	<i>Próprio</i>	0 – 34.78	4.906	7.0802	.885
	<i>Informador</i>	0 – 44.68	4.133	7.8497	(.381)
<b>ABVD</b>	<i>Próprio</i>	0 – 14.29	1.891	3.08402	1.604
	<i>Informador</i>	0 – 17.02	1.331	3.41242	(.115)
<b>AIVD-F</b>	<i>Próprio</i>	0 – 13.04	1.585	3.08402	.119
	<i>Informador</i>	0 – 19.15	1.532	3.41242	(.905)
<b>AIVD-A</b>	<i>Próprio</i>	0 – 13.04	1.440	4.64895	.489
	<i>Informador</i>	0 – 8.51	1.270	4.11262	(.627)
<b>Física</b>	<i>Próprio</i>	0 – 21.74	2.553	4.64895	1.756
	<i>Informador</i>	0 – 21.28	1.671	4.11262	(.086)
<b>Cognitiva</b>	<i>Próprio</i>	0 – 14.89	1.970	3.74044	-.087
	<i>Informador</i>	0 – 23.40	2.015	4.19229	(.931)
<b>Emocional</b>	<i>Próprio</i>	0 – 2.04	.330	.75439	-.387
	<i>Informador</i>	0 – 10.42	.426	1.59178	(.700)

#### 4.2. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: hétero e autorrelato

Relativamente aos itens específicos da capacidade financeira e atendendo ao apresentado na Tabela 6, verificamos a existência de correlações positivas moderadas, estatisticamente significativas, entre a incapacidade funcional nas aptidões financeiras autorreportadas e reportada por informador: item 3.3.2 (Utilização do cartão de multibanco;  $r = 0.558$ ;  $p = .001$ ), item 3.3.3 (Preenchimento de cheques;  $r = 1,00$ ;  $p < .001$ ), item 3.3.4 (Pagamento de despesas;  $r = 0.549$ ;  $p < .001$ ) e item 3.3.5 (Tratar de assuntos no banco;  $r = 0.640$ ;  $p < .001$ ). O Coeficiente de Correlação Intraclasse verifica igualmente

**Contributos para a Validação do Instrumento de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI): um estudo de acordo interinformadores e de relação com medida de desempenho de capacidade financeira**

Andreia Patrícia Aleixo dos Santos (andrea.santos1373@gmail.com) 2021

correlações positivas estatisticamente significativas: item 3.3.2 (CCI=0.652;  $p=.002$ ), item 3.3.3 (CCI=1.000), item 3.3.4 (CCI=0.713;  $p<.001$ ); e no item 3.3.5 (CCI=0.785;  $p<.001$ ). Estes resultados sugerem a presença de congruência entre os autorrelatos de incapacidade funcional nas aptidões financeiras e a incapacidade reportada por informadores.

**Tabela 6.** IAFAI: Incapacidade funcional nas aptidões financeiras autorreportada e reportada por informador

	<i>r</i> (sig.)	CCI (sig.)
<b>Item 3.3.1</b>	-.022 ( $p=.885$ )	-.045 ( $p=.558$ ) [-.911-.423]
<b>Item 3.3.2</b>	.558 ( $p=.001$ )	.652 ( $p=.002$ ) [.300-.828]
<b>Item 3.3.3</b>	1.000 ( $p<.001$ )	1.000
<b>Item 3.3.4</b>	.549 ( $p<.001$ )	.713 ( $p<.001$ ) [.472-.844]
<b>Item 3.3.5</b>	.640 ( $p<.001$ )	.785 ( $p<.001$ ) [.591-.886]

No Anexo B são apresentadas as frequências das respostas dadas pelo próprio e pelo informador a cada item pertencente ao domínio Finanças do IAFAI. Observa-se que a maioria das respostas é “0”, ou seja, a maioria dos participantes não reporta dificuldades nestes itens relativos às aptidões financeiras, quer considerando o autorrelato, quer considerando o relato do informador.

#### **4.3. Incapacidade funcional nas aptidões financeiras: Autorrelatos (IAFAI) e desempenho efetivo (IACFin)**

Pretende-se aqui analisar a relação entre os autorrelatos de incapacidade funcional nas aptidões financeiras (IAFAI próprio) e o desempenho efetivo em tarefas de natureza financeira equivalentes (IACFin). Contudo, devido à falta de variabilidade nos resultados do IAFAI, a presente amostra não permitiu quantificar os resultados e não foi possível fazer a comparação com o desempenho. Porém, do ponto de vista qualitativo, podemos fazer algumas observações.

Neste sentido, no Anexo C é apresentado o descritivo do IACFin (N=47<sup>1</sup>). Aquando da aplicação dos protocolos, foi possível observar que muitos dos sujeitos, apesar de no IAFAI indicarem, por exemplo, não terem qualquer dificuldade no preenchimento de um cheque ou em fazer o troco de dinheiro, não foram capazes de ter um desempenho totalmente correto na tarefa do IACFin equivalente (cf. Anexo D). Apesar do elevado número de itens Não Aplicáveis no item 3.2.1 do IAFAI, apenas 19 sujeitos (38.8%) conseguiram preencher corretamente o cheque, o que significa que 17 participantes, tendo indicado não ter dificuldade na tarefa, obtiveram um desempenho parcialmente correto ou incorreto na tarefa de desempenho equivalente. Igualmente, no item 3.2.4 do IAFAI, que se refere à capacidade de o sujeito conhecer e lidar bem com o dinheiro, inclusive fazer o troco corretamente, 48 sujeitos (98%) indicaram não ter qualquer dificuldade na realização dessa tarefa, porém apenas 15 (30.6%) realizaram corretamente a tarefa. No Anexo E são apresentadas as frequências das pontuações obtidas pelos participantes em cada domínio do IACFin. Verifica-se uma superioridade da resposta “1”, indicando que a maioria dos participantes teve um desempenho parcialmente correto.

#### V – Discussão

No presente estudo foram encontradas associações positivas e estatisticamente significativas entre os autorrelatos de incapacidade funcional e a incapacidade funcional reportada pelos informadores, em todos os indicadores do IAFAI, exceto para a incapacidade funcional devida a fatores de natureza emocional. De igual modo, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a incapacidade funcional relatada pelo próprio e o relatado pelo informador, traduzindo a existência de acordo entre informadores. Estes resultados não são surpreendentes, já que se trata de uma amostra maioritariamente normativa composta por sujeitos da comunidade e, consequentemente, com níveis residuais de incapacidade funcional. O facto de ser uma amostra com estas características traduz a ausência ou reduzida percentagem de incapacidade, o que vai ao encontro do reportado pelos informadores que, tendo em conta a frequência de contacto (maioritariamente diária), reportam níveis de incapacidade semelhantes. A proximidade entre os sujeitos também poderá explicar esta congruência, sendo os informadores maioritariamente conjugues ou filhos. Adicionalmente, também a frequência de contacto é elevada, podendo contribuir igualmente para os resultados obtidos. Efetivamente, os estudos demonstram esta congruência nos relatos de funcionalidade quando existe este tipo de relação de proximidade entre os participantes e os informadores (Hackett et al., 2020; Loewenstein et al., 2001).

Estes resultados indicam-nos, portanto, que, em indivíduos com comprometimento funcional residual, o IAFAI parece ser um instrumento fiável no que toca à recolha de informação junto do próprio ou de uma pessoa

---

<sup>1</sup> Dois dos protocolos foram retirados devido a *missing values*.

próxima. De facto, a literatura indica-nos que as discrepâncias nos relatos de funcionalidade ocorrem de forma mais evidenciada em faixas etárias mais avançadas e em grupos clínicos (Leathem et al., 1998; Martyr & Clare, 2017; Sunderaraman, 2018). No estudo de Cesário (2013), observou-se que o grupo de adultos idosos reportou, no seu autorrelato, maior incapacidade funcional do que o grupo de adultos (incapacidade funcional global, física e cognitiva), resultados que vão ao encontro de dados de estudos que apontam que a incapacidade funcional aumenta com a idade (Figueiredo, 2007; Marson & Hebert, 2006; Serra, 2006). Os dados do INE (2021) corroboram estas observações, sendo que mais de 50% da população com mais de 65 anos apresenta alguma dificuldade na execução de atividades de vida diária, e indivíduos com mais de 75 anos apresentam frequentemente dependência funcional superior aos restantes grupos etários (Oliveira et al., 2010), especialmente quando associada à existência de variadas comorbilidades médicas e de perdas cognitivas e intelectuais na população envelhecida, que resulta numa maior vulnerabilidade física e mental, aumentando assim as dificuldades sentidas pelos idosos na realização das AVD (Figueiredo, 2007; Serra, 2006).

Devido à homogeneidade da amostra no que diz respeito aos níveis de incapacidade funcional reportados, não foi possível fazer uma análise aprofundada das variáveis, realçando-se a necessidade de efetuar um estudo semelhante junto de uma amostra mais ampla e em grupos clínicos envolvendo componente de perda funcional. Efetivamente, apesar de observarmos na presente amostra algum grau de comprometimento cognitivo (pelo desempenho no ACE-R) e sintomatologia depressiva severa (GDS-30), não encontramos ainda níveis de comprometimento funcional suficientemente heterogêneos que possibilitem determinado tipo de análises estatísticas.

Apesar do acordo obtido entre relatos, é também relevante determinar até que ponto os relatos de incapacidade funcional serão compatíveis com o desempenho efetivo em tarefas correspondentes de natureza financeira. Porém, devido à ausência de variabilidade nos resultados do IAFAI, não foi possível fazer uma comparação quantitativa com o desempenho efetivo. Contudo, faz sentido considerar os resultados obtidos através de uma análise de cariz mais qualitativa, sendo possível observar diferenças entre o relato de funcionalidade (IAFAI) e o desempenho efetivo em tarefas equivalentes (IACFin), com tendência para os próprios sujeitos sobrestimarem a sua capacidade funcional no que diz respeito às aptidões funcionais de natureza financeira.

Será de ponderar, especialmente nos mais idosos, relatos do tipo *faking good*, em que os sujeitos respondem aos instrumentos de forma a transmitir uma imagem mais competente ou socialmente desejável (Viswesyan & Ones, 1999), de modo a esconder possíveis sintomas ou, neste caso, dificuldades na realização das atividades, sendo pertinente, num estudo semelhante, incluir uma medida de desejabilidade social, como, por exemplo a Escala de Desejabilidade Social de 20 itens ([EDS-20], Almiro et al., 2017). Porém, de igual modo, o relato do informador também parece sobrestimar a

capacidade dos sujeitos em realizar estas tarefas, o que poderá então não refletir uma tentativa de dissimulação por parte do sujeito, mas sim uma crença real nas suas capacidades que não se reflete na sua vida quotidiana efetiva. Efetivamente, de um modo geral, as respostas de autorrelato tendem a dar uma visão mais positiva da capacidade funcional (Clare et al., 2012, Martyr & Clare, 2012) e, em caso de eventual défice ou declínio cognitivo ou metacognitivo (níveis baixos de *insight*), sobrestimaram as suas capacidades (Prigatano, 2005, como citado em Sunderaraman et al. 2018). No caso do informador, a crença de que sintomas de declínio cognitivo refletem o envelhecimento normativo (Connell et al., 2009) poderá também contribuir para o acordo em casos em que os relatos não reportam dificuldades, mas o desempenho efetivo mostra o contrário. Existe ainda a hipótese de, quando o desempenho não corresponde ao reportado, se tratar de casos de esforço insuficiente na realização das tarefas. Na presente amostra, este esforço insuficiente não se deveria a questões de simulação, já que para tal é necessário haver uma motivação e uma tentativa ativa de obter um determinado resultado (Slick et al., 1999), mas sim, eventualmente, a questões de distração ou valor dado à tarefa ( “ponha aí uma coisa qualquer”; “então é isso, o que é que eu posso dizer mais, ponha que eu disse isto”). Assim sendo, seria igualmente útil utilizar um indicador de validade de desempenho, como o Teste de Memória de Rey – 15 Itens ([REY-15 IMT], Vilar et al., 2017). Numa população clínica e/ou forense, este aspeto de simulação/dissimulação poderá ter maior relevância.

A título ilustrativo, no Anexo F apresentamos a comparação entre dois sujeitos, um pertencente ao grupo normativo e outro pertencente ao grupo clínico (conforme resultado obtido no ACE-R), com características sociodemográficas idênticas. O relato do sujeito da população normativa e do seu informador é congruente quanto ao relatado no IAFAI, ambos apontando a ausência de qualquer incapacidade. O sujeito clínico, cujo resultado no ACE-R aponta para a possibilidade da existência de declínio cognitivo, reporta alguma incapacidade funcional e, ainda que a nível clínico não seja significativo, é possível observar discrepância quanto ao relato do próprio e o relato do informador, sendo que o informador reporta 0% de incapacidade funcional total, enquanto que o próprio aponta 6.12% de incapacidade associadas a fatores de natureza física. Isto poderá dever-se ao contexto em que os sujeitos têm contacto, já que, ainda que regular (pelo menos 20 dias por mês), não envolve o tipo de atividades que possibilitem a observação dos comportamentos onde o próprio reporta dificuldades e, ainda, possivelmente tratem-se de queixas subjetivas do próprio não perceptíveis a outrem. Adicionalmente, as próprias características do informador (idade avançada) poderão também influenciar o seu relato. A nível do desempenho no IACFin, sendo que ambos os sujeitos reportam no IAFAI a ausência de incapacidade em tarefas relacionadas com finanças, no resultado relativo ao desempenho efetivo nas tarefas do Módulo Aptidões Financeiras Gerais, o sujeito clínico tem um desempenho inferior ao sujeito normativo. A ausência de dados normativos para o IACFin impossibilita uma análise mais aprofundada destes



resultados. Podemos, porém, aferir que existem padrões diferenciados entre o sujeito clínico e o sujeito normativo, apesar de ambos terem características sociodemográficas semelhantes no que reporta a idade, escolaridade, gênero e condições de vida.

Estas observações apontam para a necessidade de integrar, na avaliação das aptidões funcionais de natureza financeira, não apenas os relatos (dos próprios ou dos informadores), recorrendo também a tarefas de desempenho, com boa validade ecológica, sendo possível verificar que algumas fragilidades na capacidade funcional em tarefas de natureza financeira apenas são detetadas com recurso a este tipo de instrumento. Como apontado por vários estudos (Jekel et al., 2015; Martyr e Clare, 2017; Sunderaraman et al., 2018), o recurso e articulação destas três vertentes de obtenção de informação é uma mais valia ao processo avaliativo, permitindo obter um quadro do funcionamento do sujeito mais próximo da realidade através da análise das congruências e incongruências.

#### **VI – Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras**

A presente investigação apresenta diversas limitações merecedoras de consideração, algumas previamente referidas.

Primeiramente, a amostra deste estudo é de conveniência e é constituída por participantes da comunidade, relativamente homogénea nas suas características psicossociais e demográficas, não tendo a diversidade necessária para o estudo de variáveis específicas/mais diferenciadas (idade, escolaridade), nem de grupos específicos (e.g. declínio cognitivo, sintomatologia depressiva). Apesar de ter sido possível a recolha adicional de mais protocolos para além da inicialmente disponível (cf. Cesário, 2013; Barata, 2020), esta foi condicionada devido à situação pandémica vivida, sendo barrado o acesso a, por exemplo, idosos institucionalizados, o que condicionou a potencial diversidade da amostra do estudo.

Sendo uma amostra maioritariamente normativa, os níveis de incapacidade são reduzidos e há pouca variabilidade (respostas maioritariamente reportam independência). Portanto, seria importante alargar o presente estudo a uma amostra mais ampla, particularmente a uma amostra clínica, que nos permitisse constituir grupos distintos e com maior variabilidade de resposta, incluindo, por exemplo, participantes com e sem sintomatologia depressiva, participantes com DCL ou demência.

Coincidentemente, a amostra de informadores é igualmente homogénea, particularmente no que concerne a frequência do contacto, que se sobrepõem com o tipo de relação (i.e. a maioria dos informadores são os cônjuges, com contacto diário), o que não permite uma análise aprofundada da influência das variáveis desta amostra, sendo igualmente importante diversificar o tipo de informadores recrutados e estudar o efeito do tipo de relação na (in)capacidade funcional reportada. Inclusive, seria enriquecedor a um estudo semelhante o recrutamento de dois informadores distintos, com frequência de contacto diferente, numa tentativa de perceber em que medida os heterorrelatos se diferenciam ou assemelham à percepção do próprio.

Devido a esta ausência de variabilidade, também não foi possível efetuar uma análise da relação entre os autorrelatos e o desempenho efetivo no IACFin. No futuro, talvez concluídos os estudos normativos para o instrumento, seja relevante realizar esta comparação recorrendo então a uma amostra mais ampla.

Por fim, a desejabilidade social poderá ter influenciado as respostas dos participantes ao IAFAI, sendo pertinente, em estudos futuros, incluir no protocolo uma medida de desejabilidade social, como por exemplo, a EDS-20 (Almiro et al., 2017), para a avaliação da desejabilidade social e ainda, como indicador de validade de desempenho em tarefas cognitivas e de desempenho, o REY-15 IMT (Vilar et al., 2017).

Para estudos futuros, recomenda-se ainda a realização de uma investigação sobre o impacto da pandemia COVID-19 na população portuguesa, potencialmente considerando também o impacto de ter contraído o vírus e respetiva recuperação, na capacidade funcional, sendo que estudos internacionais já realizados neste âmbito apontam para um aumento de dependência funcional em idosos que recuperaram da doença (Belli et al., 2020), e também para repercussões a nível de saúde física e mental que poderão ter impacto na autonomia do idoso (Landi et al., 2020; Kasar & Karaman, 2021; Ruiz et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

## VII – Conclusões

Os resultados obtidos na presente investigação permitiram-nos averiguar alguns fatores importantes na avaliação mais precisa da funcionalidade.

Foi possível constatar a importância/relevância do recurso aos informadores, já que obtivemos elevado acordo entre os relatos dos próprios participantes e os relatos dos informadores relativamente à capacidade funcional, considerando a amostra de sujeitos maioritariamente preservados. No entanto, podemos aferir que à medida que nos aproximamos de idades mais avançadas e na presença de condições cognitivas ou emocionais, que podem comprometer a perceção do sujeito, as incongruências poderão começar a surgir.

Será de ponderar a administração de alguns instrumentos de avaliação psicológica à pessoa próxima do sujeito avaliado, com vista a recolher o máximo de informação possível sobre o informador e a relação que este mantém com a pessoa, já que algumas destas informações poderão dar-nos indicações sobre, particularmente em contexto forense, potenciais intenções ocultas ou outro tipo de situações que poderão comprometer o bem estar do idoso. Não obstante, o IAFAI cumpre o predisposto, o presente estudo mostrando que, em populações preservadas, o relato do próprio e o relato de um informador referente à capacidade funcional irá ser maioritariamente congruente, o que possivelmente nos indica que, quando começam a existir incongruências, poderá existir um fator subjacente, ou seja, poderá eventualmente haver alguma característica do sujeito (e.g. condição cognitiva) ou do informador (e.g. desconhecimento sobre a vida diária do sujeito ou

intenção oculta) que poderá estar a criar divergências. Qualquer uma das capacidades avaliadas pelo instrumento têm influência no dia a dia das pessoas, especialmente nas faixas etárias mais avançadas. Como supramencionado, apesar da funcionalidade geral estar ainda preservada, as atividades mais complexas e exigentes, onde se incluem decisões financeiras (Marson & Hebert, 2006), são as primeiras a serem afetadas em quadros de declínio (Angrisani & Lee, 2018), e, portanto, é fundamental que se utilizem instrumentos específicos, para uma caracterização mais próxima do perfil de funcionamento do sujeito.

Os dados obtidos no presente estudo apontam ainda para a necessidade de uma avaliação que recorra a várias fontes de informação e que não se baseie apenas nos relatos, sejam estes do próprio ou de um outro informador, mas que recorra a medidas de desempenho, com uma adequada validade ecológica. De facto, o que a literatura globalmente indica de forma consistente é que não se deve recorrer apenas a uma fonte de informação. Como observado previamente, a ausência de incapacidade autorreportada e reportada pelo informador raramente corresponde a um desempenho totalmente correto por parte do participante, sendo que os relatos podem não revelar algumas fragilidades que apenas poderão ser detetadas em tarefas de desempenho. Por outro lado, quando as dificuldades são ainda muito ténues e apenas reportadas pelo próprio (e.g. indicações de “já começo a ter algumas falhas”) há a possibilidade de o instrumento não ter a sensibilidade necessária para assinalar o início das dificuldades. Adicionalmente, o IAFAI, enquanto baseado no relato, apresenta a possibilidade de categorizar estas dificuldades como os indicadores de incapacidade funcional de natureza física, cognitiva e emocional, que providenciam informação relevante de natureza diagnóstica e interventiva (Sousa, 2014).

Quando a incapacidade surge como um aspeto importante, ter instrumentos que atestem estes indicadores é importante e, portanto, ao avaliar “o que eu digo”, “o que alguém diz” e “o que realmente faço”, há muita informação que podemos adquirir e que pode ser muito útil no processo avaliativo, especialmente quando aplicado em processos em envolvam questões legais de proteção de pessoas vulneráveis. Realça-se novamente a necessidade de realizar um estudo semelhante junto de populações clínicas, para que as questões relacionadas com a incapacidade continuem a ser exploradas e ser criadas ferramentas avaliativas mais robustas psicometricamente, capazes de apreender os perfis de funcionamento e permitir responder às necessidades das populações mais vulneráveis.

### Bibliografia

- Achenbach, T. M. (2011). Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies?. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 80-86. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533416>
- Aguero-Torres, H., Thomas, V. S., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). The impact of somatic and cognitive disorders on the functional status of the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(10), 1007–1012.
- Agulhas, R., & Anciães, A. (2017) *Casos práticos em psicologia forense: enquadramento legal e avaliação pericial* (2ª ed, pp. 68-74). Edições Sílabo.
- Almiro, P. A., Almeida, D., Ferraz, A. M., Ferreira, R., Silvestre, M. J., Perdiz, C., Dias, I. T., Gonçalves, S., Sousa, L. B., & Simões, M. R. (2017). Escala de Desejabilidade Social de 20 itens (EDS-20). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Psicologia forense: Instrumentos de avaliação* (pp.335-352). Pactor.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM V. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Climepsi Editores.
- Anderson, E. (2008). Cognitive change in old age. In R. Jacoby, C. Oppenheimer, T. Denning, & A. Thomas (Eds.), *Oxford textbook of old age Psychiatry* (pp. 33-50). Oxford University Press.
- Angrisani, M., & Lee, J. (2018). Cognitive decline and household financial decisions at older ages. *The Journal of the Economics of Ageing*, 13, 86-101. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2018.03.003>
- Arcara, G., Burgio, F., Benavides-Varela, S., Toffano, R., Gindri, P., Tonini, E., Meneghello, F., & Semenza, C. (2017). Numerical Activities of Daily Living – Financial (NADL-F): A tool for the assessment of financial capacities. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(7), 1062-1084, DOI: 10.1080/09602011.2017.1359188.
- Barata , I. N. (2020). *Avaliação da capacidade financeira: Um estudo exploratório de validação do IACFin numa amostra de adultos e adultos idosos* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A. Mendonça, M. Guerreiro, & Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (Coords.), *Escalas e Testes na Demência* (2ª ed., pp. 69-72). Novartis.
- Beleza, M., Monteiro, A., Sousa, M., Barbosa, M., Ribeiro, N., & Paz, M. (2018). *O novo Regime Jurídico do Maior Acompanhado*. Centro de Estudos Jurídicos.
- Belli, S., Balbi, B., Prince, I., Cattaneo, D., Masocco, F., Zaccaria, S., Bertalli, L., Cattini, F., Lomazzo, A., Dal Negro, F., Giardini, M., Franssen, M. E., Janssen, D., & Spruit, M. A. (2020). Low physical functioning and impaired performance of activities of daily life in COVID-19 patients

- who survived hospitalisation. *European Respiratory Journal*, 56(4). <https://doi.org/10.1183/13993003.02096-2020>
- Bidzan-Bluma, I., Bidzan, M., Jurek, P., Bidzan, L., Knietzsch, J., Stueck, M., & Bidzan, M. (2020). A Polish and German population study of quality of life, well-being, and life satisfaction in older adults during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.585813>.
- Bosboom, P. R., Alfonso, H., Eaton, J., & Almeida, O. P. (2012). Quality of life in Alzheimer's disease: Different factors associated with complementary ratings by patients and family carers. *International Psychogeriatrics*, 24(5), 708-721. <https://doi.org/10.1017/s1041610211002493>
- Bottari, C., Gosselin, N., Guillemette, M., Lamoureux, J., & Ptito, A. (2011). Independence in managing one's finances after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 25(13-14). DOI:10.3109/02699052.2011.624570.
- Bu, F., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2020). Who is lonely in lockdown? Cross-cohort analyses of predictors of loneliness before and during the COVID-19 pandemic. *Public Health*, 186, 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.036>.
- Carmona-Torres, J. M., Rodríguez-Borrego, M. A., Laredo-Aguilera, J. A., López-Soto, P. J., Santacruz-Salas, E., & Cobo-Cuenca, A. I. (2019). Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals. *PLOS ONE* 14(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220157>
- Centro de Estudos Judiciários. (2019). *O Novo Regime do Maior Acompanhado*. E-book [http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb\\_Regime\\_Maior\\_Acompanhado.pdf](http://www.cej.mj.pt/cej/recursos/ebooks/civil/eb_Regime_Maior_Acompanhado.pdf)
- Cesário, P. S. (2013). *Vulnerabilidade Social em adultos e adultos idosos: Efeitos da capacidade funcional e financeira, do funcionamento psicológico e de características sócio-demográficas* (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Chaytor, N., & Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The ecological validity of neuropsychological tests: a review of the literature on everyday cognitive skills. *Neuropsychology Review*. 13(4), 181-197. DOI: 10.1023/b:nerv.0000009483.91468.fb
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria and rules of thumb for evaluation normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Clare, L., Nelis, S. M., Martyr, A., Whitaker, C. J., Marková, I., Roth, I., Woods, R., & Morris, R. (2012). Longitudinal trajectories of awareness in early-stage dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 26, 140-147. DOI:10.1097/WAD.0b013e31822c55c4.

- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Conde-Sala, J. L., Reñé-Ramírez, R., Turró-Garriga, O., Gascón-Bayarri, J., Juncadella-Puig, M., Moreno-Cordón, L., Viñas-Diez, V., Vilalta-Franch, J., & Garre-Olmo, J. (2013). Factors associated with the variability in caregiver assessments of the capacities of patients with Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26(2), 86-94. <https://doi.org/10.1177/0891988713481266>
- Connell, C.M., Roberts, J.S., McLaughlin, S.J., & Akinleye, D. (2009). Racial differences in knowledge and beliefs about Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 23(2), 110–116. DOI: 10.1097/WAD.0b013e318192e94d
- Courtney-Long, E. A., Carroll, D. D., Zhang, Q. C., Stevens, A. C., Griffin-Blake, S., Armour, B. S., & Campbell, V. A. (2015). Prevalence of disability and disability type among adults—United States, 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 64(29), 777–783.
- De Los Reyes, A., Thomas, S. A., Goodman, K. L., & Kundey, S. M. (2013). Principles underlying the use of multiple informants' reports. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 123-149. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185617>
- Decreto-Lei nº 47 344 de 25 de novembro (1966). *Diário da República, 1ª Série - N 274/1966 – 25 de novembro de 1966*. Ministério da Justiça.
- Decreto-Lei nº 49/2018 de 14 de agosto (2018). *Diário da República, 1ª Série - N 156 – 14 de agosto de 2018*. Ministério da Justiça.
- Dias, I., Lopes, A., & Lemos, R. (2019). O Abuso de Pessoas Idosas: Definições e Controvérsias. In: M Paulino. & M. Costa (Coords.), *Maus-Tratos a Pessoas Idosas*. Pactor.
- Engel, L., Bar, Y., Beaton, D. E., Green, R. E., & Dawson, D. R. (2016). Identifying instruments to quantify financial management skills in adults with acquired cognitive impairments. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 38(1), 76–95. DOI: 10.1080/13803395.2015.1087468
- Ferreira, I., Maurício, A., Simões, M. R. (2013). Avaliação psicológica de condutores idosos em Portugal: Legislação e linhas de orientação prática. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación e Avaliação Psicológica*, 35(1), 201-223.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Climepsi Editores.
- Firmino, H., Simões, M. R., Pinho, M. S., Cerejeira, J., & Martins, C. (2008). *Avaliação Cognitiva de Addenbrooke - Versão Revista. Versão portuguesa*. Hospitais da Universidade de Coimbra.
- Gerstenecker, A., Triebel, K., Eakin, A., Martin, R., & Marson, D. (2018). Exploring the Factor Structure of Financial Capacity in Cognitively Normal and Impaired Older Adults. *Clinical Gerontologist*, 41(1), 33-41. DOI: 10.1080/07317115.2017.1387211

- Goldstein, G., & McCue, M. (1995). Differences between patient and informant functional outcome ratings in head-injured individuals. *International Journal of Rehabilitation and Health, 1*(1), 25–35.
- Gonçalves, C., Pinho, M. S., Cruz, V., Pais, J., Gens, H., Oliveira, F., Santana, I., Rente, J., & Santos, M. J. (2014). The Portuguese version of Addenbrooke's Cognitive Examination–Revised (ACE-R) in the diagnosis of subcortical vascular dementia and Alzheimer's disease. *Aging, Neuropsychology, and Cognition, 22*(4), 473-485.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments* (2nd ed.). Kluwer.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. S. (1998) *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. Oxford University Press.
- Hackett, K., Mis, R., Drabick, D. A., & Giovannetti, T. (2020). Informant reporting in mild cognitive impairment: Sources of discrepancy on the functional activities questionnaire. *Journal of the International Neuropsychological Society, 26*(5), 503-514. <https://doi.org/10.1017/s1355617719001449>
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An Aging World: 2015: International Population Reports (P95/16-1)*. US Census Bureau.
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatística Demográficas - 2018*. Instituto Nacional de Estatística - IP.
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J., Dubois, B., Eriksdotter, M., Ewers, M., Graessel, E., Kramberger, M. G., Law, E., Mecocci, P., Molinuevo, J. L., Nygård, L., Olde-Rikkert, M. G., Orgogozo, J. M., Pasquier, F., Peres, K., ... Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: A systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy, 7*(1), 17. DOI: 10.1186/s13195-015-0099-0
- Kasar, K. S., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social Isolation, Loneliness and Quality of Life in the Elderly During the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. *Geriatric Nursing, 1*–8. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010
- Kaitaro, T., Koskinen, S., & Kaipio, M. L. (1995). Neuropsychological problems in everyday life: A 5-year follow-up study of young severely closed-head-injured patients. *Brain Injury, 9*(7), 713–727. DOI:10.3109/02699059509008227
- Landi, F., Barillaro, C., Bellieni, A., Brandi, V., Carfi, A., D'Angelo, M., Fusco, D., Landi, G., Monaco, R. L., Martone, A. M., Mazetti, E., Pagano, F., Pais, C., Russo, A., Salini, S., Tosaro, M., Tummolo, A., Benvenuto F., Bramato, G., ... Bernabei, R. (2020). The new challenge of geriatrics: saving frail older people from the SARS-COV-2 pandemic infection. *The Journal of Nutrition, Health & Aging, 24*(5), 466-470.
- Leathem, J. M, Murphy, L. J., & Flett, R. A. (1998). Self-and informant-ratings on the patient competency rating scale in patients with traumatic

- brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20(5), 694–705.
- Lee, Y. (2000). The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(2), 123-129.
- Lin, A., Brook, J., Grill, J. D., & Teng, E. (2017). Participant-informant relationships affect quality of life ratings in incipient and clinical Alzheimer disease. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(3), 297–307. DOI: 10.1016/j.jagp.2016.10.007
- Loewenstein, D. A., Arguelles, S., Bravo, M., Freeman, R. Q., Arguelles, T., Acevedo, A., & Eisdorfer, C. (2001). Caregivers' judgments of the functional abilities of the Alzheimer's disease patient: A comparison of proxy reports and objective measures. *The Journals of Gerontology, Series B*, 56(2), P78. DOI: 10.1093/geronb/56.2.P78
- Lopes, C., & Pinto, M. (2019). O que é a demência? *DIGNUS - Revista Técnica de Geriatria e Gerontologia*, 2, 16-17.
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908. <https://doi.org/10.1037/amp0000690>.
- Marroni, S. P., Radaelli, G., Silva-Filho, I. G., & Portuguese, M. W. (2017). Instrumentos para avaliação da capacidade de gerenciamento financeiro em idosos: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(4), 582–593. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160207>.
- 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). The Guilford Press.
- Marson, D. C., Sawrie, S. M., Snyder, S., McInturff, B., Stalvey, T., Boothe, A., Aldridge, A., Chatterjee, A., & Harrell, L. E. (2000). Assessing financial capacity in patients with Alzheimer Disease: A conceptual model and a prototype instrument. *Archives of Neurology*, 57, 877-884.
- Martyr, A., & Clare, L. (2012). Executive function and activities of daily living in Alzheimer's disease: a correlational meta-analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33, 189–203. DOI:10.1159/000338233.
- Martyr, A., & Clare, L. (2017). Awareness of functional ability in people with early-stage dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), 31-38. <https://doi.org/10.1002/gps.4664>
- Morin, R. T., Gonzales, M. M., Bickford, D., Catalinotto, D., Nelson, C., & Mackin, R. S. (2019). Impaired Financial Capacity in Late-Life Depression: Revisiting Associations with Cognitive Functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 25(10), 1088–1093. <https://doi.org/10.1017/S1355617719000705>.



- Moye, J., Armesto, J. C., & Karel, M. J. (2005). Evaluating capacity of older adults in rehabilitation settings: conceptual models and clinical challenges. *Rehabilitation Psychology, 50*(3), 207-214.
- Moye, J., & Marson, D. C. (2007). Assessment of decision-making capacity in older adults: An emerging area of practice and research. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 62B*(1), 3-11.
- Niccolai, L. M., Triebel, K. L., Gerstenecker, A., McPherson, T. O., Cutter, G. R., Martin, R. C., & Marson, D. C. (2016). Neurocognitive predictors of declining financial capacity in persons with mild cognitive impairment. *Clinical Gerontologist, 40*(1), 14-23. <https://doi.org/10.1080/07317115.2016.1228022>
- O’Caoimh, R., O’Donovan, M. R., Monahan, M. P., Dalton O’Connor, C., Buckley, C., Kilty, C., Fitzgerald, S., Hartigan, I., & Cornally, N. (2020). Psychosocial impact of Covid-19 nursing home restrictions on visitors of residents with cognitive impairment: a cross-sectional study as part of the engaging remotely in care (ERiC) project. *Frontiers in Psychiatry, 11*. DOI:10.3389/fpsy.2020.585373
- Okonkwo, O. C, Griffith, H. R., Vance, D. E., Marson, D. C., Ball, K. K., & Wadley, V. G. (2008). Awareness of functional difficulties in mild cognitive impairment: a multidomain assessment approach. *The American Geriatrics Society, 57*(6), 978-984.
- Oliveira, C. R., Rosa, M. S., Pinto, A. M., Botelho, M. A., Morais, A., & Veríssimo, M. T. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, Eurotrials scientific consultants, Programa operacional saúde XXI, Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Active Aging: A police framework*. World Health Organization.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Resumo: Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. World Health Organization.
- Palacios-Ceña, D., Jiménez-García, R., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Carrasco-Garrido, P., & Fernández-de-las-Peñas, C. (2012). Has the prevalence of disability increased over the past decade (2000-2007) in elderly people? A Spanish population-based survey. *Journal of the American Medical Directors Association, 13*, 136-142.
- Peek, M.K., Patel, K.V., & Ottenbacher, K.J. (2005). Expanding the disablement process model among older Mexican Americans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 60A*(3), 334-339.
- Persson, K., Braekhus, A., Selbaek, G., Kirkevold, O., & Engedal, K. (2015). Burden of care and patient’s neuropsychiatric symptoms influence carer’s evaluation of cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 40*(5–6), 256–267. DOI: 10.1159/000437298

- Pinsker, D. M., Pachana, N. A., Wilson, J., Tilse, C., & Byrne, G. J. (2010). Financial capacity in older adults: A review of clinical assessment approaches and considerations. *Clinical Gerontologist*, 33(4), 332-346. DOI: 10.1080/07317115.2010.502107
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Turner, L. V., Árnadóttir, H., Au, A., Caldas, J. C., Chen, Y., Decoster, J., Fontaine, J., Funabiki, Y., Guðmundsson, H. S., Leung, P., Liu, J., Maraš, J. S., Marković, J., Oh, K. J., Da Rocha, M. M., Samaniego, V. C., ... Zasepa, E. (2016). Collateral reports and cross-informant agreement about adult psychopathology in 14 societies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 381-397. <https://doi.org/10.1007/s10862-016-9541-2>
- Roy, J., Jain, R., Golamari, R., Vunnam, R., & Sahu, N. (2020). COVID-19 in the geriatric population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(12), 1437-1441.
- Ruiz, M. C., Devonport, T. J., Chen-Wilson, C. H. J., Nicholls, W., Cagas, J. Y., Fernandez-Montalvo, J., Choi, Y., & Robazza, C. (2020). A Cross-Cultural Exploratory Study of Health Behaviors and Wellbeing During COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.608216>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947.
- Serra, A. V. (2006). Que significa envelhecer? In H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatría* (pp. 21-33). Psiquiatria Clínica.
- Shulman, K. I., Cohen, C. A., Kirsh, F. C., Hull, I. M., & Champine, P. R. (2007). Assessment of testamentary capacity and vulnerability to undue influence. *American Journal of Psychiatry*, 164(5), 722-727.
- Shulman, K. I., Peisah, C., Jacoby, R., Heinik, J., & Finkel, S. (2009). Contemporaneous assessment of testamentary capacity: a consensus report from the IPA Task Force on testamentary capacity and undue influence. *International Psychogeriatrics*, 21(3), 433-439.
- Silva, R., Santos, S. S. C., Lourenço, M. C. G., Coelho, P., & Sá, L. (2017). Deterioração cognitiva no idoso: revisão da literatura. In T. Zutin & F. M. Serva (Coord.) *Gerontologia: Olhares diversos sobre o envelhecimento* (pp.203-227). Arte & Ciência. [https://www.researchgate.net/profile/Rosa\\_Silva9/publication/283010290\\_Deterioracao\\_cognitiva\\_no\\_idosos\\_revisao\\_da\\_literatura/links/5626208c08aeedae57dbbef2.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rosa_Silva9/publication/283010290_Deterioracao_cognitiva_no_idosos_revisao_da_literatura/links/5626208c08aeedae57dbbef2.pdf)
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Andrade, S., Ramalho, E., Martins, J., Martins, M., Araújo, J., Noronha, J., Pinho, M. S., & Vilar, M. (2010). *Geriatric Depression Scale (GDS30): Estudos de validação em grupos de adultos idosos com Declínio Cognitivo Ligeiro e Demência*.

- VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Associação Portuguesa de Psicologia e Universidade do Minho.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Pinho, M. S., Cerejeira, J., Martins, C., & Firmino, H. (2018). *Addenbrooke Cognitive Examination Revised (ACE-R): Manual técnico*. Laboratório de Avaliação Psicológica e Psicometria da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Simões, M. R., Sousa, L. B., Vilar, M., Pinho, M. S., Prieto, G., & Firmino, H. (2017). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coord.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp.219-233). Pactor.
- Slick, D. J., Sherman, E. M., & Iverson, G. L. (1999). Diagnostic criteria for malingered neurocognitive dysfunction: Proposed standards for clinical practice and research. *The Clinical Neuropsychologist*, *13*, 545-561.
- Slovenko, R. (2006). Civil competency. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *The handbook of Forensic Psychology* (pp.190-209). John Wiley & Sons.
- Sousa, L. (2014). *Abordagem funcional na determinação da capacidade financeira e testamentária: linhas orientadoras e desenvolvimento de instrumentos de avaliação* (Tese de Doutoramento em Psicologia). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Prieto, G., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). The adults and older adults functional assessment inventory: a Rasch model analysis. *Research on Aging*, *17*(8). DOI: 10.1177/0164027514564469
- Sousa, L. B., Simões, M. R., & Firmino, H. (2010). Psicologia Forense e Competência Civil em adultos idosos: Reflexão em torno de algumas questões éticas. *Psiquiatria, Psicologia e Justiça*, *3*, 157-175.
- Sousa, L. B., Simões, M. R., Firmino, H., & Peisah, C. (2014). Financial and Testamentary Capacity evaluations: Procedures and assessment instruments underneath a functional approach. *International Psychogeriatrics*, *26*(2), 217-228. DOI:10.1017/S1041610213001828
- Sousa, L. B., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. (2013). *Instrumento de Avaliação da Capacidade Financeira (IACFin). Manual de Cotação e Administração*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2014). Financial Capacity Assessment Instrument (IACFin): Development and qualitative study using focus groups. *Psychiatry Psychology and Law*, *22*(4), 571-585. DOI: 10.1080/13218719.2014.960038
- Sousa, L. B., Vilar, M., Firmino, H., & Simões, M. R. (2019). Avaliação neuropsicológica para determinação da capacidade financeira. In M. Paulino, & D. Costa (Coord.), *Maus-tratos a pessoas idosas* (pp. 251-273). Pactor. ISBN 978-989-693-083-7.

- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2013). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sousa, L. B., Vilar, M., & Simões, M. R. (2015). *Inventário de Avaliação Funcional de Adultos e Idosos (IAFAI)*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Sunderaraman, P., Cosentino, S., Lindgren, K., James, A., & Schultheis, M. T. (2018). Informant Report of Financial Capacity for Individuals With Chronic Acquired Brain Injury: An Assessment of Informant Accuracy, *Journal Of Head Trauma Rehabilitation*, 33(6). DOI: 10.1097/HTR.0000000000000382
- Sunderaraman, P., Cosentino, S., Lindgren, K., James, A., & Schultheis, M. T. (2019). An examination of financial capacity and neuropsychological performance in chronic acquired brain injury (CABI), *Brain Injury*. DOI: 10.1080/02699052.2019.1570340
- Vilar, M., Sousa, L. B., Fonseca, M. S., Lages, H., Garcia, S. M., Pinho, J. I., Soares, D. M., Oliveira, C. S., Jesus, S. S., Fernandes, S. P., Pinho, S., Barreto, M., Dias, I. T., Perdiz, C., Duro, D., Santana, I., Firmino, H., & Simões, M. R. (2017). Teste de Memória de Rey – 15 Itens (Rey 15-IMT). In M. R. Simões, L. S. Almeida, & M. M. Gonçalves (Coords.), *Psicologia Forense: Instrumentos de Avaliação* (pp. 377-396). Pactor.
- Viswesvaran, C., & Ones, D. S. (1999) Meta-analyses of fakability estimates: implications for personality measurement. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 197-210. DOI:10.1177/00131649921969802
- Voskou, P., Douzenis, A., Economou, A., & Papageorgiou, S. G. (2018). Testamentary Capacity Assessment: Legal, Medical, and Neuropsychological Issues. *Journal of Geriatric Psychiatry & Neurology*, 31(1), 3.
- Zimmermann, I., Leal, M., Zimmermann, R. D., & Marques, A. (2015). Idosos institucionalizados: Comprometimento cognitivo e fatores associados. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 9(3), 86-92.

## Anexos

## Anexo A. Resumo de estudos prévios com o IAFAI e o IACFin.

	<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IAFAI Sousa, (2014)	<b>Construção do instrumento:</b> N=10 profissionais de saúde [3 psicólogos; 4 gerontólogos; 3 psiquiatras] N=4 profissionais sistema legal [2 juízes; 2 juristas] N=12 adultos idosos [6 comunidade; 6 instituição]	Domínios: 0.697 Módulos: 0.766 ABVD: 0.921 AIVD-F: N/A (Não foi possível determinar o valor de alfa, devido à ausência de variância nos itens que o compõem). AIVD-A: 0.760			Correlações incapacidade funcional total-módulo de rs=.808 nas ABVD, rs=.782 nas AIVD-F e rs=.905 nas AIVD-A.	
	<b>Versão experimental:</b> Adultos e idosos da comunidade (N= 45) 60% mulheres, 40% homens Idade: M=66.76; DP=4.32				Correlações incapacidade funcional total-domínios rs=.329 (domínio Segurança em casa) e rs=.782 (domínio Compreensão/Comunicação). Correlações Domínio-Módulo variam entre rs=.312 (domínio Conversação/Usado do telefone com total das AIVD-F) e rs=.856 (domínio Compreensão/Comunicação com o total das AIVD-A).	

	<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IAFAI Sousa, Prieto, et al. (2015)	<p>N=567 Controlo População geral; 67.2% mulheres; 32.8% homens Idade: M=69.92; DP=7.867 Escolaridade: 67% ensino primário; 19% 2º ciclo, 6.3% ensino secundário, 7.6% ensino superior</p> <p>N=236 Clínico (doença neurológica e/ou psiquiátrica); 68.6% mulheres; 31.4% homens Idade: M=65.35; DP=14.722 Escolaridade: 64.8% ensino primário; 12.3% 2º ciclo, 9.7% ensino secundário, 5.5% ensino superior</p>					<p>Idade: Resultados mais altos em sujeitos mais velhos (<math>\geq 70</math> anos) do que em mais novos (<math>&lt; 70</math> anos). Género: homens com melhores níveis de funcionalidade do que mulheres. Escolaridade: Menor escolaridade associada a níveis superiores de incapacidade (<math>\leq 4</math> anos de escolaridade).</p>

		<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IAFAI	Sousa (2014)	Adultos e idosos da comunidade (N=686)	Total: 0.855 ABVD: 0.863 AIVD-F: 0.734 AIVD-A: 0.635			Correlações módulo-total variam entre r=-.609 (AIVD e AIVD-A) e r=.776 (ABVD e AIVD-F).	Participantes mais velhos com maior incapacidade funcional (p<.001) .
		65.2% mulheres; 34.8% homens Escolaridade: M=6.46, DP=4.07 ACE-R: M=83.77, DP=9.93 GDS: M=8.09, DP=5.07 Condições médicas: M=1.32, DP= 1.185				Homens apresentam maior nível de funcionalidade do que mulheres (p<.001).  Variáveis relacionadas com a saúde com maior poder preditivo de incapacidade funcional do que variáveis demográficas. Maior número de condições médicas associada com maior incapacidade funcional e condições musculoesqueléticas	

		<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IAFAI	Sousa (2014)						estão mais associadas a maior incapacidade funcional do que condições internas gerais.
							O funcionamento cognitivo estava associado a níveis de incapacidade funcional (excepto para incapacidade funcional devido a fatores emocionais) com correlações variando entre -.220 (ABVD) e -.286 (total). Sintomas depressivo associados a maior incapacidade funcional com correlações variando entre .194 ( incapacidade emocional) e .323 (total).



		<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IAFAI	Sousa (2014)	N=43 pacientes com Traumatismo Crânio-Encefálico N=43 grupo de controlo	Total: 0.922 Grupo controlo: 0.994 Grupo TCE: 0.992			Correlações itens-incapacidade funcional global variando entre $r=.336$ ("lavar os dentes" e $r=.883$ ("ir ao banco lidar com questões financeiras").	Idade, género e educação não associados a incapacidade funcional em pacientes com TCE. Maioria as características de TCE significativamente associadas às medidas de incapacidade do IAFAI.
	Cesário (2013)	População em geral (N=25) 8% Homens; 92% Mulheres; 60% Adultos; 40% Idosos Idade: M=62,18; DP=10,412 Escolaridade: 72% $\leq 4^{\circ}$ ano; 28% $> 4^{\circ}$ ano 80% grupo normativo; 20% grupo clínico (Declínio Cognitivo)		Adultos / Idosos incapacidade funcional global (U=0.037; p=.037) fatores de natureza física (U=0.032; p=.032) fatores de natureza física cognitiva (U=0.48; p=.048).		Correlações próprio-informador variam entre $rs=.521$ (fatores emocionais) e $rs=0.653$ (AIVD-F).	

		<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IACFin	Barata (2020)	População em geral (N=97)	Módulo II: 0.855 Módulo III: 0.358 Total (II+III): 0.847	Normativo / Clínico Compras (p<.001), Aptidões Monetárias Básicas (p<.01), Negócio Bancário (p<.01), Tomada de Decisão (p<.01), Doações (p<.05), Aptidões Financeiras Gerais (p<.01), Disposição de Patrimônio (p<.01)	Correlações com o ACE-R Total: correlações (p<.01, entre r=.301 e r=.626) com Aptidões Monetárias Básicas, Compras, Pagamento de contas, Negócio Bancário, Tomada de decisão, Testamento, Módulo II, Módulo III.; correlações (p<.05, entre r=.239 e r=.293) com Avaliação do risco de crime patrimonial, Instrumentos de suprimento da vontade, Doações. Correlações com o MMSE: Compras (r=.281 p<.05), Tomada de decisão (r=.276; p<.05), Módulo II Aptidões Financeiras Gerais (r=.293; p<.01)	Correlações item- domínio no Módulo II variam entre r=-.003 (Recursos de apoio) e r=.776 (Compreensão do extrato bancário). Correlações item- domínio no Módulo III variam entre r=.056 (O que pode ser deixado em testamento) e r=.323 (Consequências da doação). Correlações item-total variam entre r=.025 (O que pode ser deixado em testamento) e r=.772 (Compreensão do extrato bancário). Não se observaram alterações significativas na consistência interna caso fossem	

	<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IACFin Barata (2020)				Correlações com GDS-30: correlação negativa baixa ( $r=-.349$ ; $p<.01$ ) Correlações com IAFAI Total: Aptidões Monetárias Básicas ( $r=-.242$ ; $p<.05$ ), Compras ( $r=-.334$ $p<.01$ ), Negócio Bancário ( $r=-.267$ ; $p<.05$ ), Tomada de decisão ( $r=-.251$ ; $p<.051$ ), Instrumentos de suprimento da vontade ( $r=-.337$ ; $p<.01$ ), Determinação do Património ( $r=-.255$ ; $p<.05$ ), Módulo II ( $r=-.335$ ; $p<.01$ ), Módulo III ( $r=-.259$ ; $p<.05$ ). Correlações com IAFAI domínio Finanças: Compras ( $r=-.377$ ; $p<.05$ )	eliminados os itens de baixa correlação.	

		<i>Amostra</i>	<i>Consistência Interna [Alfa de Cronbach]</i>	<i>Validade Discriminante</i>	<i>Validade Concorrente</i>	<i>Validade de Constructo</i>	<i>Efeito das variáveis</i>
IACFin	Cesário (2013)	População em geral (N=56)		Adultos / Idosos	Correlações com IAFAI domínio		
		14,3% Homens; 85,7% Mulheres; 55,4% Adultos; 44,6% Idosos Idade: M=62,18; DP=10,412 Escolaridade: 51,8% ≤4º ano; 48,3% >4º ano 83,9% grupo normativo; 16.1% grupo clínico (Declínio Cognitivo)		capacidade financeira global (U=152.500; p<.001), conhecimento e utilização do dinheiro (U=216.000; p=.004), utilização do cartão de multibanco (U=141.500; p<.001), utilização dos cheques (U=140.000; p<.001).	Finanças: Autorrelato: não se verificam associações com significado estatístico (p>.05) Informador: utilização do cartão de multibanco (rs=0.559; p=.038). Correlações com a Escala de Vulnerabilidade Social: Autorrelato: utilização dos cheques (r=- 0.284; p=.036). Informador: não se verificam associações estatisticamente significativas (p>.05).		

**Anexo B. IAFAI: Frequência das respostas no domínio Finanças**

		IAFAI próprio (N=49)		IAFAI informador (N=49)	
		N	%	N	%
3.3.1	0	48	98	46	93.9
	1	1	2	1	2
	N/A	0	0	2	4.1
3.3.2	0	32	65.3	32	65.3
	1	5	10.2	2	4.1
	N/A	12	24.5	15	30.6
3.3.3	0	36	73.5	30	61.2
	1	1	2	3	6.1
	N/A	12	24.5	16	32.7
3.3.4	0	41	83.7	40	81.6
	1	5	10.2	5	10.2
	N/A	3	6.1	4	8.2
3.3.5	0	38	77.6	41	83.7
	1	3	6.1	4	8.2
	N/A	8	16.3	4	8.2

**Legenda.** 0. Ausência de incapacidade funcional; 1. Presença de incapacidade funcional; N/A. Não aplicável.

3.3.1. Conhecimento e utilização do dinheiro; 3.3.2. Utilização do cartão de multibanco; 3.3.3. Utilização dos cheques; 3.3.4. Pagamento de despesas; 3.3.5. Tratar de assuntos no banco.

**Anexo C. Descritivo IACFin (N=47)**

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Módulo Aptidões Financeiras Gerais	23.50	56.50	40.8298	9.39257
<i>Aptidões monetárias básicas</i>	2.00	6.00	4.7660	1.41748
<i>Compras</i>	3.00	10.00	7.0213	1.86489
<i>Pagamento de contas</i>	4.00	14.00	9.5745	2.19431
<i>Negócio bancário</i>	2.50	18.00	9.5000	4.17680
<i>Tomada de decisão</i>	0.00	4.00	3.1489	1.06278
<i>Avaliação do risco de crime patrimonial</i>	3.00	6.50	4.4043	1.01424
<i>Instrumentos de suprimento da vontade</i>	0.00	4.00	2.0851	1.01788
Módulo Disposição de Património	4.00	11.00	8.2021	1.70249
<i>Determinação do património</i>	3.00	4.00	3.6596	1.03846
<i>Doações</i>	0.00	4.00	1.5319	0.95831
<i>Testamentos</i>	0.00	4.00	3.0106	1.70249

Nota: Excluem-se dois protocolos da amostra devido a *missing values*.

## Anexo D. Comparação Itens IACFin/IAFAI.

			Próprio	Informador
		Resposta	N (%)	N (%)
Troco	IACFin: Item 3.2.4	0	14 (28.6%)	
		1	20 (40.8%)	
		2	15 (30.6%)	
	IAFAI: Item 3.3.1	Independente	48 (98%)	46 (93.9%)
		Dependente	1 (2%)	1 (2%)
		N/A	0 (0%)	2 (4.1%)
Preenchimento de um cheque	IACFin: Item 5.2.1	0	24 (49%)	
		1	6 (12.2%)	
		2	19 (38.8%)	
	IAFAI: Item 3.3.3	Independente	36 (73.5%)	30 (61.2%)
		Dependente	1 (2%)	3 (6.1%)
		N/A	12 (24.5%)	16 (32.7%)

**Legenda.** 0. Desempenho totalmente incorreto; 1. Desempenho parcialmente correto; 2. Desempenho totalmente correto; N/A. Não aplicável.

**Anexo E. IACFin: Frequência de respostas.**

		IACFin	
		N	%
	0	0	0
Aptidões monetárias básicas	1	26	55.3
	2	21	44.7
	0	0	0
Compras	1	42	89.4
	2	5	10.6
	0	0	0
Pagamento de contas	1	45	95.7
	2	2	4.3
	0	0	0
Negócio bancário	1	46	97.9
	2	1	2.1
	0	1	2.1
Tomada de decisão	1	23	49
	2	23	48.9
	0	0	0
Avaliação do risco de crime patrimonial	1	47	100
	2	0	0
	0	1	2.1
Instrumentos de suprimento da vontade	1	44	91.5
	2	3	6.4
	0	0	0
Determinação do património	1	16	34



	IACFin		
		N	%
	2	31	66
Doações	0	8	17.0
	1	38	80.9
	2	1	2.1
Testamentos	0	1	2,1
	1	30	63.9
	2	16	34

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

**Anexo F. Comparação entre sujeito normativo e sujeito clínico**

Variáveis	Sujeito		
	<i>Normativo</i>	<i>Clínico</i>	
Próprio	Sexo	Feminino	
	Idade	61	
	Escolaridade	9º ano	
	Estado Civil	Casada	
Informador	Sexo	Feminino	
	Idade	23	81
	Escolaridade	Mestrado	4º ano
	Relação	Filha	Prima
	Frequência de contacto	30	20
GDS	3	12	
ACE-R	<i>Total</i>	90	69
	<i>MMSE</i>	29	22
IAFAI (Próprio)	<i>Frequência de contacto</i>	30	20
	<i>Total</i>	0.00%	6.12%

Variáveis	Sujeito	
	<i>Normativo</i>	<i>Clínico</i>
<i>ABVD</i>	0.00%	6.12%
<i>AIVD-F</i>	0.00%	0.00%
<i>AIVD-A</i>	0.00%	0.00%
<i>Físico</i>	0.00%	6.12%
<i>Cognitivo</i>	0.00%	0.00%
<i>Emocional</i>	0.00%	0.00%
<i>Finanças IAFAI</i>	0.00%	0.00%
<i>Total</i>	0.00%	0.00%
<i>ABVD</i>	0.00%	0.00%
<i>AIVD-F</i>	0.00%	0.00%
<i>AIVD-A</i>	0.00%	0.00%
IAFAI (Informador)		
<i>Físico</i>	0.00%	0.00%
<i>Cognitivo</i>	0.00%	0.00%
<i>Emocional</i>	0.00%	0.00%
<i>Finanças IAFAI</i>	0.00%	0.00%

Variáveis	Sujeito	
	Normativo	Clínico
<i>Módulo II - Aptidões Financeiras Gerais</i>	41	34.5
<i>Módulo III - Disposição De Património</i>	7	6
Aptidões monetárias básicas	5	3
Compras	5	3.5
Pagamento de contas	12	9
Negócio bancário	9	11
Tomada de decisão	3	3
Avaliação do risco de crime patrimonial	4	4
Instrumentos de suprimento da vontade	3	1
Determinação do património	3	4
<i>Doações</i>	2	0
<i>Testamentos</i>	2	2